

# Sosiaalisen tuen rooli psykoottisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta suojaavana tekijänä

Liisa Lempinen

Pro Gradu -tutkielma

Psykologia

Lääketieteellinen tiedekunta

Elokuu 2017

Ohjaaja: Markus Jokela

Tiedekunta – Fakultet – Faculty Lääketieteellinen tiedekunta	Laitos – Institution – Department Psykologian ja logopedian osasto
Tekijä – Författare – Author Liisa Lempinen	
Työn nimi – Arbetets titel – Title Sosiaalisen tuen rooli psykoottisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta suojaavana tekijänä	
Oppiaine – Läroämne – Subject Psykologia	
Työn ohjaaja(t) – Arbetets handledare – Supervisor Markus Jokela	Vuosi – År – Year 2017
<p>Tiivistelmä – Abstrakt – Abstract</p> <p>Tavoitteet: Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että psykoottistyyppisillä oireilla on erilaisia haitallisia vaikutuksia ihmisten elämään, mutta sitä, suojaako sosiaalinen tuki näiltä haitallisilta vaikutuksilta, ei tiedetä. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia väestössä sitä, suojaako sosiaalinen tuki psykoottistyyppisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta. Tutkimuksessa psykoottistyyppisten oireiden osalta keskityttiin positiivisiin oireisiin, ja haitallisia vaikutuksia kuvaamaan valittiin arjenhallinnan ongelmat (ADL = activities of daily living). Hypoteesina oli, että koettu sosiaalinen tuki vähentää riskiä arjenhallinnan ongelmiin, kun sukupuoli, ikä, psykoottistyyppiset oireet ja sosiaalisen verkoston koko kontrolloidaan.</p> <p>Menetelmät: Aineisto kerättiin henkilökohtaisesti haastatellen vuonna 2000 Iso-Britannian kansallisen tilastokeskuksen (Office for National Statistics) työntekijöiden toimesta. Kysely oli nimeltään The Second National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Vastaajat olivat yksityistalouksista, ja iältään 16-74 -vuotiaita. Tämän tutkimuksen lopulliseksi kooksi muodostui 8464 vastaajaa. Arjenhallinnan ongelmia tutkittiin kysymällä seitsemää eri vaikeutta vastaajan arjessa. Psykoottistyyppisiä oireita mitattiin The Psychosis Screening Questionnaire (PSQ) -mittarilla. Koettua sosiaalista tukea tutkittiin kysymällä seitsemän eri kysymystä Health and Lifestyle -kyselystä. Sosiaalisen verkoston kokoa tutkittiin kysymällä kolme kysymystä Interview Measure for Social Relationships (IMSR) -kyselystä.</p> <p>Tulokset ja johtopäätökset: Koettu sosiaalinen tuki ennusti vähäisempää määrää arjenhallinnan ongelmia (OR: 0.91), kun sukupuoli, ikä, psykoottistyyppiset oireet, sosiaalisen verkoston koko sekä näiden yhdysvaikutukset kontrolloitiin. Koetun sosiaalisen tuen merkitys suojaavana tekijänä on suurempi kuin sosiaalisen verkoston koon liittyen psykoottistyyppisten oireiden haitallisiin vaikutuksiin eli arjenhallinnan ongelmiin. Koska kyseessä ei kuitenkaan ollut pitkittäistutkimus, niin koetun sosiaalisen tuen ja sosiaalisen verkoston koon roolien ei voida varmuudella sanoa olevan suojaavia. Lisäksi tämän tutkimuksen vuoksi tiedetään nyt väestön osalta, että psykoottistyyppiset oireet lisäävät riskiä arjenhallinnan ongelmiin. Näin myös jo lieviä psykoottistyyppisiä oireita kokevien kohdalla tulisi kartoittaa heidän sosiaalisen tukensa tila, koska sillä on vaikutusta potilaan hyvinvointiin jatkossa.</p>	
<p>Avainsanat – Nyckelord – Keywords</p> <p>sosiaalinen tuki, psykoottiset oireet, psykoottistyyppiset oireet, arjenhallinnan ongelmat, arkiaskareet, väestö</p>	
<p>Säilytyspaikka – Förvaringsställe – Where deposited</p> <p>Helsingin yliopiston kirjasto – Helda / E-thesis (opinnäytteet) <i>ethesis.helsinki.fi</i></p>	

Tiedekunta – Fakultet – Faculty Faculty of Medicine	Laitos – Institution – Department Department of Psychology and Logopedics
Tekijä – Författare – Author Liisa Lempinen	
Työn nimi – Arbetets titel – Title Role of social support in protecting against psychotic symptoms' harmful effects	
Oppiaine – Läroämne – Subject Psychology	
Työn ohjaaja(t) – Arbetets handledare – Supervisor Markus Jokela	Vuosi – År – Year 2017
<p>Tiivistelmä – Abstrakt – Abstract</p> <p>Objectives: Previous studies have shown that psychotic-like experiences (PLE) have harmful effects on people's lives, but there is no information on possible protecting effects of social support. The purpose of the current study was to examine in general population if social support protects against psychotic symptoms' harmful effects. This study focused on the positive ones of psychotic symptoms whereas problems of daily living (ADL = activities of daily living) were selected to describe the harmful effects. Hypothesis was that the perceived social support decreases the risk of daily living problems, when sex, age, psychotic symptoms and the size of primary support group were controlled.</p> <p>Method: The data was obtained with face-to-face interviews in 2000 by the office for National Statistics (ONS). The name of the survey was The Second National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Respondents were people living in private households, and aged between 16 and 74 years. The final sample size was 8464. Daily living problems were assessed from respondents' answers to seven questions on difficulties in daily living. Psychotic symptoms were assessed using the Psychosis Screening Questionnaire (PSQ). The perceived social support was assessed from respondents' answers to seven questions in the Health and Lifestyle Survey. The primary group size was assessed with three questions in the Interview Measure for Social Relationships (IMSR).</p> <p>Findings: It was found that the perceived social support predicted lower amount of daily living problems (OR: 0.91) after sex, age, psychotic symptoms, the size of the primary support group and interactions of these variables were controlled. Perceived social support is more important as a protecting factor against the psychotic symptoms' harmful effects i.e. problems of daily living, than the size of the primary support group. Because this study wasn't longitudinal, there is however not certainty of the perceived social support's and the primary support group size's protecting roles. Nevertheless, along this study it is now known that for general population's part psychotic symptoms increase risk of daily living problems. Thus it should be important to survey the status of social support also for people with mild psychotic-like experiences, because it impacts their wellbeing in future.</p>	
Avainsanat – Nyckelord – Keywords social support, psychotic symptoms, psychotic-like experience, activities of daily living, general population	
Säilytyspaikka – Förvaringsställe – Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto – Helda / E-thesis (opinnäytteet)	
<i>ethesis.helsinki.fi</i>	

# SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO .....	1
1.1. Psykoottisuus ja psykoottistyyppiset oireet.....	2
1.1.1. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt .....	2
1.1.2. Psykoottisuus ilmenee väestössä jatkumolla .....	3
1.1.3. Psykoottisuuden esiintyvyys .....	6
1.1.4. Psykoottistyyppisten oireiden ja psykoottisten häiriöiden riskitekijät .....	7
1.1.5. Psykoosin yhteydet erilaisiin haitallisiin vaikutuksiin.....	8
1.2. Sosiaalinen tuki .....	10
1.2.1. Sosiaalisen verkoston koko .....	10
1.2.2. Koettu sosiaalinen tuki .....	11
1.2.3. Stressi ja sosiaalinen tuki .....	13
1.3. Arjenhallinnan ongelmat.....	14
1.4. Yhteenveto psykoottistyyppisten oireiden, sosiaalisen tuen ja arjenhallinnan ongelmien yhteyksistä.....	16
1.5. Tutkimusongelmat ja hypoteesit.....	16
2. MENETELMÄT.....	18
2.1. Osallistujat.....	18
2.2. Mittarit .....	18
2.2.1. Psykoottistyyppiset oireet.....	19
2.2.2. Sosiaalisen verkoston koko .....	19
2.2.3. Koettu sosiaalinen tuki .....	20
2.2.4. Arjenhallinnan ongelmat.....	20
2.3. Analyysit .....	21
3. TULOKSET .....	22
3.1. Kuvailevat tulokset .....	22
3.2. Muuttujien väliset yhteydet.....	25
3.3. Arjenhallinnan ongelmien ennustaminen.....	27
4. DISKUSSIO .....	32
4.1. Koettu sosiaalinen tuki suojaa psykoottistyyppisten oireiden haitalliselta vaikutukselta paremmin kuin sosiaalisen verkoston koko .....	32
4.2. Tutkimuksen rajoitukset.....	33
4.3. Sosiaalinen tuki .....	34
4.3.1. Sosiaalisen verkoston koko .....	34
4.3.2. Koettu sosiaalinen tuki .....	35
4.4. Arjenhallinnan ongelmat.....	36

4.5. Tulosten merkittävyys ja tulevaisuuden tutkimus .....	37
LÄHTEET .....	39

## 1. JOHDANTO

Mikäli sairastuisi psykoosiin, siihen kannattaisi mahdollisesti sairastua Tornion seudulla ennemmin kuin jossain muualla. Torniossa on nimittäin käytössä avoimeen dialogiin perustuva hoitomalli, jonka hoitotulokset vaikuttavat lupaavilta. Kun ensipsykoosipotilaita hoidetaan tavanomaisin menetelmin, heistä 31 % opiskelee tai on työelämässä viiden vuoden kuluttua sairastumisestaan (Albert ym., 2011). Mutta kun ensipsykoosipotilaita hoidetaan avoimen dialogin hoitomallilla, potilaista 84 % on kahden vuoden kuluttua jälleen opiskelemassa tai työelämässä, ja yli 80 % on oireettomia (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011). Avoimen dialogin hoitomallin tulokset ovat siis lupaavia sekä inhimilliseltä että terveys- ja eläkekulujen kannalta, vaikka kyseisen tutkimuksen otoskoko olikin pieni. Avoimen dialogin hoitomallissa korostetaan nopeaa reagointia potilaan hätään sekä avointa keskustelua kaikkien osallisten kesken siten, että potilaan sosiaalisen verkoston voimavarat saadaan hyödynnettyä mahdollisimman hyvin (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 2011). Sosiaalisella tuella on siis merkittävä rooli avoimen dialogin hoitomallissa. Sosiaalinen tuki on kokijan itsensä havaitsemaa sosiaalista tukea, tai erilaisia käyttäytymisen muotoja, joilla kokija saa tukea muilta (Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007). Myös kansainvälisten suositusten mukaan perheinterventiot, jotka ovat yksi tapa välittää sosiaalista tukea, vähentävät psykoosipotilaiden stressiä, oireita, relapseja ja sairaalajaksoja (Dixon ym., 2010). Sosiaalisella tuella näyttäisi siis olevan tärkeä rooli psykooseista parantumisessa, ja siksi onkin hyvä, että tämän huomioivia uusia menetelmiä kehitetään.

Kuinka yleisiä psykoottiset oireet ovat? Psykoottisia oireita kokevat myös terveet ihmiset, joten kliiniset psykoosit ovat vain pieni osuus psykoosi-jatkumolla (Kelleher & Cannon, 2011; Johns & van Os, 2001; Nuevo ym., 2012). Moni terve ihminen kokee siis elämässään psykoottistyyppisiä oireita joko ohimenevästi tai pysyvästi.

Psykoottistyyppisillä oireilla on erilaisia haitallisia vaikutuksia ihmisten elämään (Yung ym., 2009; Kelleher & Cannon, 2011; van Os ym., 2009; Fonseca-Pedrero ym., 2011; Lee ym., 2016), mutta sitä, suojaako sosiaalinen tuki näiltä haitallisilta vaikutuksilta väestössä, ei tiedetä.

Tässä tutkimuksessa tullaan tarkastelemaan väestössä sitä, suojaako sosiaalinen tuki psykoottisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta. Tutkimuksessa psykoottisten oireiden osalta tullaan keskittymään positiivisiin oireisiin, ja haitallisia vaikutuksia kuvaamaan valitaan arjenhallinnan ongelmat (ADL = activities of daily living). Positiivisia oireita ovat esimerkiksi aistiharhat ja harhaluulot (Mielenterveystalo.fi, 2017). Arjenhallinnan ongelmia ovat esimerkiksi vaikeudet pukeutumisessa, liikennevälineiden käyttämisessä, lääkkeiden ottamisessa, kotitöiden tekemisessä ja raha-asioiden hoitamisessa. Koska sosiaalista tukea ja sen yhteyttä suotuisiin terveytseuraamuksiin on tutkittu lähinnä vain kliinisissä populaatioissa (Mattsson ym., 2008; Shi ym., 2016; Alvarez-Jimenez ym., 2012), tullaan myös johdannossa asiaa lähestymään pääosin klinisiä populaatioita koskevien tutkimusten avulla, vaikka tämä tutkimus tuleekin koskemaan väestöä.

### **1.1. Psykoottisuus ja psykoottistyyppiset oireet**

Tässä alaluvussa tarkastellaan psykoottisia häiriöitä, psykoottisten oireiden luonnetta sekä esiintymistä väestössä. Lisäksi tarkastellaan psykoottistyyppisten oireiden riskitekijöitä sekä psykoosin yhteyksiä erilaisiin haitallisiin vaikutuksiin. Tutkimuskirjallisuudessa käsitteitä psykoottisuus, psykoottistyyppiset oireet, psykoottiset kokemukset ja positiiviset oireet käytetään välillä tarkoittaen samaa ilmiötä, joten käsitteiden määrittely on toistaiseksi epäselvää. Psykoottistyyppisten oireiden tai psykoottisten kokemusten ajatellaan kuitenkin olevan frekvenssiltään ja intensiteetiltään sen verran lievempiä positiivisia psykoottisia oireita, että diagnoosikriteerit eivät vielä täyty (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul & Krabbendam, 2009). Tässä tutkimuksessa tullaan pääosin käyttämään psykoottistyyppiset oireet -termiä, kun sillä viitataan ylipäänsä positiivisiin psykoottisiin oireisiin, jotka voivat ylittää tai olla ylittämättä psykoosihäiriön diagnoosikynnyksen.

#### **1.1.1. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt**

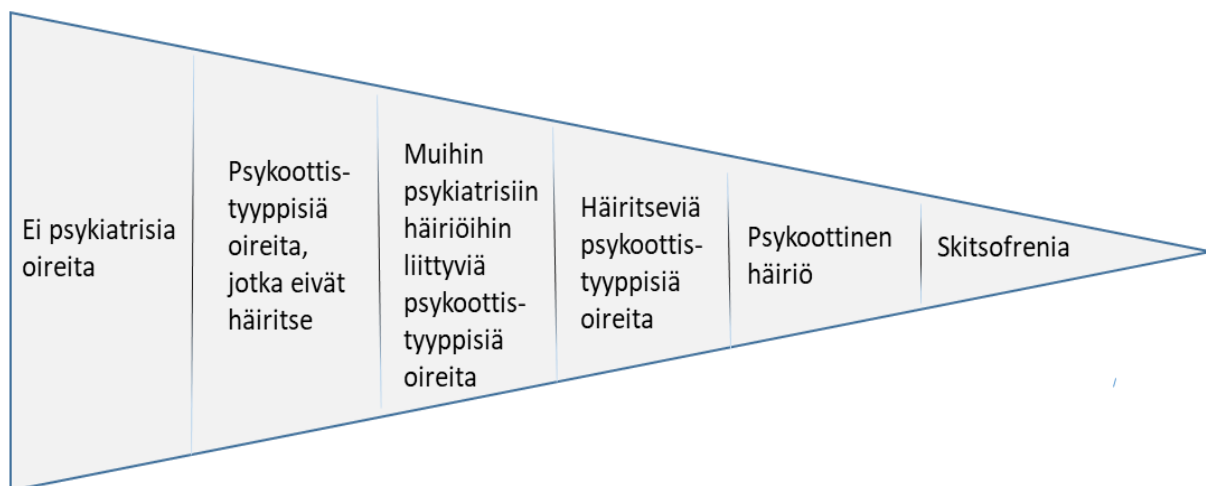
Psykoosissa ihmisen todellisuudentaju on häiriintynyt, ja kyseessä on joko elimellinen tai psyykkinen häiriö (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2011). Psykoosi voi johtua somaattisesta sairaudesta, päihteestä, lääkityksestä, skitsofreniasta tai muista psykoosisairauksista (Lönqvist ym., 2011). Psykoottisia oireita ovat positiiviset oireet, kuten aistiharhat, harhaluulot, hajanainen puhe ja käytös, sekä negatiiviset oireet, kuten

tunteiden latistuminen, apaattisuus ja epäsosiaalisuus (Mielenterveystalo.fi, 2017). Positiiviset oireet voidaan myös jakaa kolmeen eri luokkaan: aistiharhoihin, harhaluuloihin sekä ajatusten virtaukseen ja riivaukseen eli hypomaniaan (Bebbington & Nayani, 1995). Hypomanian rooli yhtenä positiivisena psykoottisena oireena ei näytä aivan selvältä tutkimuskirjallisuuteen perehdyttäessä. Varsinkin uusimmissa tutkimuksissa (Jonas & Markon, 2013; Nuevo ym., 2012) hypomania on myös jätetty usein kokonaan pois. Skitsofreenisia häiriöitä kuvaa ICD-10 -määritelmän mukaan havaitsemiseen ja ajatteluun liittyvät vääristymät, jotka usein johtavat esimerkiksi kokemukseen vainotuksi tulemisesta, sekä epäaktiivisuus että puutteet kyvyssä huolehtia itsestä (O'Brien, Singleton, Sparks, Meltzer & Brugha, 2002). Skitsofrenian lisäksi toinen yleisimmistä psykoosisairauksista on affektiivinen psykoosi, jonka ominaispiirteisiin kuuluvat liiallinen riemu, mania tai masennus (O'Brien ym., 2002). Myös synnytyksen jälkeistä psykoosia eli puerperaalipsykoosia edeltävät usein hypomaaniset oireet, kuten korkea innostuneisuus, aktiivisuus ja energisyys sekä vähäinen tarve nukkumiseen (Heron, McGuinness, Robertson-Blackmore, Craddock & Jones, 2008).

### **1.1.2. Psykoottisuus ilmenee väestössä jatkumolla**

Koska psykoottistyyppiset oireet ovat niin yleisiä, ajatellaan sen nykyisin tukevan ajatusta siitä, että psykoottisuus ilmenee väestössä jatkumolla (Johns ym., 2004; Jonas & Markon, 2013; Yung, Nelson, Baker, Buckby, Baksheev & Cosgrave, 2009). Psykoosijatkumoa on kuvattu kuvassa 1. Psykoottistyyppisten oireiden voidaan ajatella olevan sairauden varhaisempi muoto, eli ikään kuin vasta muotoutumassa oleva skitsofrenia, ja ne joilla psykoottisia kokemuksia ilmenee, olisivat suuremmassa vaarassa sairastua psykoosiin varsinkin kohdatessaan stressiä (Yung ym., 2009). Toisaalta psykoottistyyppiset oireet voivat olla osa normaalia tervettä persoonallisuutta, eivätkä ne välttämättä johda sairauteen (Yung ym., 2009). Psykoosia ennakoivien esioireiden ja psykoosijatkumon normaalivaihtelun lisäksi psykoottistyyppiset oireet voivat olla osa muiden psykiatristen häiriöiden, kuten masennuksen tai ahdistuksen, oirekuvaa (Yung ym., 2009).





Kuva 1. Psykoosijatkumo (mukailtu Yung ym., 2006; Lindgren ym., 2016). Jatkumon leveä pää kuvaa ilmiön yleisyyttä, ja kapea pää harvinaisuutta väestössä.

Kun erilaisia psykoottistyyppisiä oireita tutkittiin CAPE-mittarilla (The Community Assessment of Psychic Experience) 14-16 -vuotiaiden australialaiskoululaisten keskuudessa, havaittiin, että ne jakautuvat neljälle eri faktorille: 1) oudot kokemukset, 2) vainoavat ajatukset, 3) aistiharhat ja 4) maaginen ajattelu (Yung ym., 2009). Yli puolet tutkimukseen osallistuneista koululaisista oli kokenut sekä vainoavia ajatuksia että maagista ajattelua ainakin joskus (Yung ym., 2009). Tämä kuvaa hyvin psykoottistyyppisten oireiden yleisyyttä ainakin nuorilla. Siitä, kuinka nämä neljä erilaista oiretta esiintyvät jatkumon eri kohdissa, ei kuitenkaan ole tarkkaa tietoa. Toisaalta toisessa, 16-74 -vuotiaita tutkineessa, tutkimuksessa löydettiin vain yksi faktori (Jonas & Markon, 2013). Tässä ikäjakaumaltaan laajassa tutkimuksessa käytettiin PSQ-mittarin neljää psykoottistyyppistä oiretta mittaavaa yhdeksää kysymystä, jättämällä hypomaniaa mittaava kysymys pois. PSQ-mittarin (The Psychosis Screening Questionnaire) psykoottistyyppisiä oireita koskevat kysymykset mittaavat hypomaniaa, ajatuksiin vaikuttamista, vainoharhaisuutta, outoja kokemuksia sekä aistiharhoja (Bebbington & Nayani, 1995) (ks. tarkemmin taulukko 3). Faktorirakenteiden ero näissä tutkimuksissa johtunee eri mittareista.

Psykoottistyyppisillä oireilla on väestössä yhteys haitallisiin vaikutuksiin siten, että niiden lisääntyessä myös oireista johtuva psyykkinen rasittuneisuus sekä masennusoireet ja yleisen toimintakyvyn heikkous lisääntyvät (Yung ym., 2009). Kuitenkin eri psykoottistyyppisillä oireilla on erilainen vaikutus näihin haitallisiin seurauksiin, siten että, maagisella ajattelulla on heikoin vaikutus neljästä eri faktorista (1) oudot kokemukset, 2)

vainoavat ajatukset, 3) aistiharhat ja 4) maaginen ajattelu) (Yung ym., 2009). Maagista ajattelua on myös eniten eri ihmisillä sekä sitä koetaan useammin kuin neljää muuta psykoottista kokemusta (Yung ym., 2009). Vainoharhaisuus on väestössä yhteydessä sosiaalisen tuen puutteeseen, sosiaalisen pääoman puutteesta indikoivaan epäluottamukseen muita ihmisiä kohtaan, onnellisuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn vähenemiseen, eristyneisyyden kokemukseen, itsemurha-ajatuksiin, ahdistukseen, masennukseen, paniikkiin, pelkoihin sekä lääkityksen hakemiseen (Freeman ym., 2011). Näin siis maaginen ajattelu voisi myös olla vain osa normaalia persoonallisuutta, mutta nämä muut kolme olisivatkin merkkejä haavoittuvuudesta, joka voisi johtaa pitkällä aikavälillä ongelmiin (Yung ym., 2009).

Varsinkin nuorten osalta on hyvä huomioida, että heidän psykoosiriskinsä ennustaminen on haastavaa itsearviointina tehtynä, ja tulokset eroavatkin ammattilaisen täydentämästä itsearviosta siten, että pelkkä itsearvio tuottaa suurempia riskipistemääriä kuin ammattilaisten tuottama arvio (Granö ym., 2016). Nuorten osalta varmintä tietoa pelkästään itsearviona mitattuna saadaan kuuloharjoista (Granö ym., 2016). Aiemmin mainitut Yungin ym. (2009) ja Jonas & Markonin (2013) tutkimukset toteutettiin itsearvioina.

PSQ-mittarin kanssa hyvin samankaltainen kysymysten muotoilu on myös CIDI-mittarissa (Composite International Diagnostic Interview) (Kessler & Ustun, 2003), jolla tutkittiin psykoottistyyppisiä oireita 52:ssa taloudelliselta kehitykseltään erilaisessa maassa otoksen koon ollessa 256 445. Tutkimuksesta saatiin tulos, että prevalenssi vainoharhaisuudelle on 8.37 %, oudoille kokemuksille 7.08 %, aistiharhoille 5.81 % ja ajatuksiin vaikuttamiselle 4.80 % (Nuevo ym., 2012). Prevalenssit vaihtelevat kuitenkin suuresti eri maiden välillä. Esimerkiksi aistiharhojen alhaisin prevalenssi on 0.21 % Vietnamin, ja korkein prevalenssi on 32.03 % Nepalissa (Nuevo ym., 2012). Australiassa 14-16 -vuotiaita koululaisia tutkittaessa havaittiin, että 28 % nuorista kuulee joskus ääniä yksin ollessaan, mutta vain 1,9 % heistä kuulee niitä jatkuvasti tai lähes jatkuvasti (Yung ym., 2009). Tämä kertoo psykoottistyyppisten oireiden yleisyydestä. Lisäksi se kertoo oireiden heikosta ennustearvosta kliinisiin psykooseihin liittyen, jotka taas sitten kuitenkin ovat väestössä harvinaisia (Yung ym., 2006). Skitsofrenia- ja ensipsykoosipotilaiden positiivisista oireista vainoharhaisen ajattelun ennustearvo relapsiin liittyen, eli sensitiivisyys, on vain 16,7 % ja aistiharhojen kohdalla myös vain 7,1 % (Gaebel & Riesbeck, 2014). Toisessa

tutkimuksessa saatiin vastaava tulos liittyen vainoharhaisuuden ja aistiharhojen huonoon ennustekykyyneen; ensipsykoosiin sairastuneiden vainoharhaisuuden ja aistiharhojen määrä sairastumisvaiheessa ei viiden vuoden seurantatutkimuksen mukaan ennusta toipumisen todennäköisyyttä millään tavalla (Albert ym., 2011). Mutta negatiivisten oireiden määrä jo sairastumisvaiheessa taas ennustaa toipumisen todennäköisyyttä siten, että, mitä vähemmän oireita on sairastumisvaiheessa, sen todennäköisempää paraneminen on (Albert ym., 2011).

Teinejä ja nuoria aikuisia koskeneessa väestötutkimuksessa kävi ilmi, että masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivistä 27 %:lla on myös psykoottistyyppisiä oireita, kun taas vastaavasti heillä, jotka eivät kärsineet näistä häiriöistä, on psykoottistyyppisiä oireita vain 14 %:lla (Wigman ym., 2012). Myös äkilliset mielialan vaihtelut ovat yhteydessä psykooseihin, vainoharhaiseen ajatteluun ja kuuloharhoihin, joten psykoottistyyppiset oireet näyttäisivät olevan yhteydessä affektiivisiin oireisiin (Marwaha, Broome, Bebbington, Kuipers & Freeman, 2014). Myös unettomuus on yhteydessä vainoharhaiseen ajatteluun, mutta siten, että tätäkin yhteyttä selittävät osittain affektiiviset oireet, kuten ahdistus, masennus, huolestuminen ja ärtyisyys (Freeman ym., 2010). Vainoharhaisuutta on tutkittu myös virtuaalisesti ei-kliinisessä populaatiossa siten, että koehenkilöt matkustivat virtuaalisessa junanvaunussa ympärillään avataria, jotka reagoivat koehenkilöön ilmeillä ja katseilla (Freeman ym., 2008). Yli 40 %:lla koehenkilöistä oli vainoharhaisia ajatuksia, ja havaittiin, että nämä ovat yhteydessä sekä affektiivisiin tekijöihin, kuten ahdistukseen, masennukseen, huolestumiseen, herkkyyteen ihmissuhteissa ja negatiivisiin ajatuksiin itsestä, että ei-affektiivisiin tekijöihin, kuten poikkeavaan tapaan havainnoida ympäristöä ja ajattelun joustamattomuuteen (Freeman ym., 2008). Edellä mainittujen affektiivisten oireiden esiintyminen yhdessä psykoottistyyppisten oireiden kanssa on linjassa psykoosijatkumon kanssa; psykoottistyyppiset oireet voivat olla läsnä myös muissa psykiatrisissa häiriöissä. Epäselvää on kuitenkin se, onko psykoottistyyppisillä oireilla ja affektiivisillä oireilla yhteistä etiologista taustaa.

### **1.1.3. Psykoottisuuden esiintyvyys**

Väestötasolla psykoottisuus jakaantuu siten, että pelkkien psykoottistyyppisten oireiden, jotka eivät välttämättä häiritse, prevalenssi on 8 %, häiritsevien psykoottistyyppisten oireiden prevalenssi on 4 % ja psykoottisten häiriöiden noin 3 % (van Os, Linscott, Myin-

Germeys, Delespaul & Krabbendam, 2009; Perälä, 2007). Skitsofrenian prevalenssi on 1.04 %, mutta se vaihtelee suuresti eri maiden välillä (Nuevo ym., 2012).

Psykoottistyyppiset oireet häviävät ajan kuluessa 80 %:lla niitä kokevista (Linscott & van Os, 2012). Eli oireet jäävät pysyväksi tilaksi vain pienelle osalle. Itseasiassa vainoharhaisuutta, aistiharhoja ja ajattelun häiriöitä kokevista apua hakevista nuorista vain 10 % saa psykoottisen häiriön diagnoosin seuraavan kuuden kuukauden sisällä (Yung ym., 2006). Toisaalta, näillä nuorilla on kuitenkin 19-kertainen riski sairastua psykoosiin verrattuna oireettomiin (Yung ym., 2006). Aikuisista psykoottistyyppisiä oireita kokevista noin 8 %:lle kehittyy psykoottinen häiriö (Linscott & van Os, 2012; Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh & van Os, 2005). Aikuisilla sairastumisriski on siis pienempi kuin nuorilla. Meta-analyysin mukaan korkean psykoosiriskin omaavien parissa riski psykoosille kasvaa vähintäänkin kolmen vuoden ajan riskikriteerien täyttymisestä siten, että ensimmäisinä kuutena kuukautena 18 % henkilöistä sairastuu, vuoden jälkeen 22 % on sairastunut, kahden vuoden jälkeen 29 % on sairastunut ja kolmen vuoden jälkeen 36 % on jo sairastunut (Fusar-Poli, 2012). Kokonaisuutena näyttää siis siltä, että psykoottistyyppisiä oireita kokeneilla on suuri riski sairastua myös varsinaiseen psykoosiin (Kelleher & Cannon, 2011; van Os ym., 2009; Fonseca-Pedrero ym., 2011; Lee ym., 2016). Psykoottistyyppiset oireet voivat olla ohimeneviä, tai pitkäkestoisia, joten yksilö voi myös liikkua psykoosijatkumolla.

#### **1.1.4. Psykoottistyyppisten oireiden ja psykoottisten häiriöiden riskitekijät**

Psykoottistyyppisten oireiden riskitekijöitä ovat altistuminen stressaaville tai traumaattisille elämäntapahtumille, vanhempien mielenterveysongelmat, päihteet, kuuluminen etnisiin vähemmistöihin tai nuoriin aikuisiin, sekä naimattomuus (Linscott & van Os, 2012; Johns ym., 2004). Psykoottistyyppisten oireiden riskitekijöihin väestössä voidaan lisätä myös neuroottinen häiriö, alhaisempi älykyys sekä vähäinen määrä koulutusvuosia (Johns ym., 2004; Nuevo ym., 2012).

Lapsuuden vastoinkäymiset, kuten seksuaalinen, fyysinen tai emotionaalinen hyväksikäyttö, kiusatuksi tuleminen, laiminlyönti ja vanhemman kuolema, lisäävät riskiä sekä psykoottistyyppisten oireiden kokemiselle että psykoosiin sairastumiselle (Varese ym., 2012). Myös masennusoireiden kontrolloinnin jälkeen psykoosia ennustavat lapsuuden uhrikokemukset, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, kotoa karkaaminen ja

koulusta erottaminen, sekä joskus elämässä tapahtunut vakava sairastuminen tai hyökkäyksen kohteeksi joutuminen (Bebbington ym., 2004). Psykoottistyyppisillä oireilla ja skitsofrenialla on myös useita yhteisiä riskitekijöitä, kuten päihteiden käyttö, äidin raskaudenaikainen terveys, sekä tekijät, jotka liittyvät kehitykseen, aivojen anatomiaan ja kognitiiviseen kehittymiseen (Kelleher & Cannon, 2011). Näyttää siis siltä, että psykoottistyyppisillä oireilla ja psykoosisairauksilla voisi olla yhteistä etiologista taustaa.

Riski kokea uudestaan positiivisia psykoottisia oireita, eli ensipsykoosin jälkeinen relapsiriski, on meta-analyysin mukaan 28-54 % 1-3 vuoden seurantajaksolla (Alvarez-Jimenez ym., 2012). Ensipsykoosin jälkeistä relapsiriskiä kasvattavat huono hoitomyöntyvyys lääkehoitoon, päihdehäiriö, hoitavien läheisten kriittiset kommentit ja vihamielisyys, sekä heikko sosiaalinen mukautuvuus jo ennen sairastumista (Alvarez-Jimenez ym., 2012). Tutkimuksessa ei tutkittu koettua sosiaalista tukea, mutta hoitavien läheisten kriittisten kommenttien ja vihamielisyyden voisi ajatella kuvaavan osittain myös koetun sosiaalisen tuen puutetta. Osittain samanlaisia tuloksia kuin ensipsykoosipotilaiden kanssa, saatiin tutkimuksessa, jossa tutkittiin ensipsykoosipotilaiden lisäksi skitsofreniaa sairastavien relapsiriskiä. Molempien ryhmien relapsiriskiä ennustavat huono toimintakyky ennen sairastumisvaihetta, heikko sitoutuminen antipsykoottiseen lääkitykseen, miessukupuoli, pitkä psykoosin hoitamattomuusaika, negatiiviset ja positiiviset jäännösoireet, kognitiiviset heikkoudet sekä päihdehäiriö (Gaebel & Riesbeck, 2014). Päihteet näyttäisivät siis olevan yhteisenä riskitekijänä psykoottistyyppisten oireiden kokemiseen, ensipsykoosin jälkeiseen relapsiin ja skitsofreniaan sairastumiseen.

### **1.1.5. Psykoosin yhteydet erilaisiin haitallisiin vaikutuksiin**

Väestön osalta tiedetään, että psykoottistyyppisillä oireilla on yhteys psyykkiseen rasittuneisuuteen, masennusoireisiin, yleisen toimintakyvyn heikkouteen (Yung ym., 2009) sekä suurempaan riskiin sairastua psykoosiin (Kelleher & Cannon, 2011; van Os ym., 2009; Fonseca-Pedrero ym., 2011; Lee ym., 2016). Väestötutkimuksia on kuitenkin tehty melko vähän, joten siksi tässä alaluvussa käsitellään klinisiin psykooseihin liitettyjä haitallisia vaikutuksia, joita on tutkittu väestöä enemmän.

Ensimmäiseen psykoosiin sairastutaan useimmiten nuorena aikuisena, mutta kolmasosa vasta yli 24-vuotiaana (Morgan ym., 2012). Tämä on aikaa, jolloin tyypillisesti

itsenäistytään, ja valmistellaan pohjaa tulevaisuudelle opiskelun ja työelämään siirtymisen, sekä usein myös parisuhteen rakentamisen muodossa. Sairastuneista 90 % kokee sosiaalisen ja ammatillisen toimintakykynsä sekä tunne-elämänsä toiminnan heikentyneeksi, ja kolmasosa sairastuneista kokee merkittävää heikentymistä itsensä huolehtimiskyvyssä, ja lisäksi puolet sairastuneista on joskus elämässään yrittänyt itsemurhaa (Morgan ym., 2012). Korkean psykoosiriskin omaavilla sekä psykoosiin jo sairastuneilla on tyypillisesti alhaisempi itsetunto kuin terveillä verrokeilla (Pruessner, Iyer, Faridi, Joobar, & Malla, 2011). Tosin tämän tutkimuksen otoskoko oli pieni.

Lisäksi psykoosiin sairastuneilla on koko populaatioon verrattuna enemmän aineenvaihdunnallisiin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä riskitekijöitä, kuten tupakointi, liikalihavuus, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys ja huono ravinto (Morgan ym., 2012). Sekä psykoosipotilaat itse, että heitä hoitavat terveydenhoitoalan ammattilaiset, nimeävät psykoosiin sairastuneiden pahimmiksi vaikeuksiksi työttömyyden, rahavaikkeudet sekä yksinäisyyden (Morgan ym., 2012). Sopivan työn saaminen voisi parantaa elämänlaatua, koska tällöin talouden parantumisen lisäksi henkilöllä olisi mahdollisuus saada myös sosiaalisia kontakteja sekä merkityksellistä tekemistä elämäänsä.

Korkean psykoosiriskin tutkimuksista on saatu viitteitä, että sairastumisriskiin liittyisi aivojen neurokognitiivista ja rakenteellista epänormaaliutta, mutta on silti edelleen epäselvää, kertooko tämä ennemminkin yleisestä psykiatrisesta problematiikasta vai juuri psykoottisille häiriöille tyypillisistä piirteistä (Fusar-Poli ym., 2013). Skitsofreniaan kuuluvia sosiaaliin suhteisiin ja ammatilliseen suoriutumiseen liittyviä ongelmia pidetään varhaisen kehittymisen häiriöön liittyvinä seurauksina, jotka ovat myös yhteydessä neurokognitiivisiin häiriöihin sekä negatiivisiin oireisiin (Cornblatt ym., 2007). Neurokognitiiviset häiriöt ja negatiiviset oireet näyttäisivät olevan erillisiä positiivisista oireista (Cornblatt ym., 2007), mutta on epäselvää, mistä tämä johtuu. Psykoosisairauksia sairastavilla on terveitä verrokkeja enemmän ongelmia puheen ymmärtämisessä ja erityisesti skitsofreniaa sairastavilla lisäksi myös puhumisessa ymmärrettävästi (Viertiö ym., 2012). Puhuminen ymmärrettävästi on lisäksi yhteydessä sosiaaliseen toimivuuteen erityisesti niillä, joilla on ei-affektiivinen psykoosi (Viertiö ym., 2012), toisin sanoen psykoosi, johon ei liity liiallista riemua, maniaa tai masennusta (O'Brien ym., 2002).

## **1.2. Sosiaalinen tuki**

Sosiaalinen tuki on monitahoinen käsite, jota käytetään tutkimuskirjallisuudessa eri määritelmien ja mitataan useilla eri mittareilla. Sosiaalinen tuki voidaan esimerkiksi nähdä sekä kokijan itsensä havaitsemana sosiaalisena tukena, tai erilaisina käyttäytymisen muotoina, joilla kokija saa tukea muilta (Haber ym., 2007). Näistä kahdesta vain kokijan itsensä havaitsema sosiaalinen tuki on yhteydessä väestön terveyteen (Haber ym., 2007). Eli se miltä henkilöstä subjektiivisesti tuntuu, on merkittävää, joten tämä tunne voi myös mahdollisesti toimia suojaavana tekijänä erilaisia haitallisia vaikutuksia vastaan. Lisäksi sosiaalista tukea mitataan usein myös sosiaalisen verkoston koolla. Tässä tutkimuksessa tullaan keskittymään sekä koettuun sosiaaliseen tukeen että sosiaalisen verkoston kokoon.

### **1.2.1. Sosiaalisen verkoston koko**

Pieni sosiaalisen verkoston koko (0-3) ennustaa väestössä huonompaa mielenterveyttä 18 kuukauden seurantajakson jälkeen, vaikka koetun sosiaalisen tuen vaikutus on kontrolloitu (Brugha ym., 2005). Lisäksi naisten kohdalla sosiaalisen verkoston kokoa ennustaa 18 kuukautta aiemmin ollut mielenterveyden tila, mutta miesten kohdalla tällä ei ole merkitystä (Brugha ym., 2005). Väestön osalta ei ole kuitenkaan tietoa, onko suuremman sosiaalisen verkoston omaavilla vähemmän psykoottistyyppisiä oireita, mutta tämä tutkimus tulee selvittämään asiaa. Se kuitenkin tiedetään, että sosiaalisen verkoston koko ei ole yhteydessä parempaan arjenhallintaan ikääntyneiden hoitolaitoksessa asuvien kohdalla (McLaughlin ym., 2012), mutta koko väestön osalta tästä ei ole tietoa ennen tätä tutkimusta.

Vaikka väestön osalta sosiaalisen verkoston koosta onkin melko vähän tutkimustietoa, niin psykoosisairauksista kärsivien osalta tietoa on hieman enemmän. Psykoosiin sairastuneista 85,3 % kertoo omaavansa jonkun johon luottaa hädän hetkellä, ja 86,5 %:lla on vähintään yksi ystävä (Morgan ym., 2012). Ensipsykoosipotilaista 52 %:lla sosiaalisen verkoston koko on 0-2 (Tempier ym., 2013). Ensipsykoosipotilaiden kohdalla remissio on todennäköisempää, mikäli sosiaalisen verkoston koko on suurempi (Tempier ym., 2013). Ystävien määrä ennustaa toipumista ensipsykoosista siten, että parantuneilla on enemmän ystäviä jo sekä sairastumisvaiheessa että yhden ja kahden vuoden kuluttua sairastumisestaan (Albert ym., 2011). Sosiaalisen verkoston koko näyttäisi siis toimivan

auttavana tekijänä psykoosisairauksista toipumisessa. Psykoosipotilaiden kohdalla heikko sosiaalinen verkosto, kuten ei yhtään todellista ystävää, myötävaikuttaa voimaantumisen (empowerment) puutteeseen ja suurempaan stigman kokemukseen, ja näistä seuraa helposti masennusta, ja siitä taas puolestaan huonompaa elämänlaatua (Sibitz ym., 2011). Mutta sosiaalinen verkosto ja stigma eivät siis suoraan näyttäisi vaikuttavan elämänlaatuun vaan välittävänä tekijänä toimii masennus. Stigma on jokin ominaisuus, jonka perusteella henkilö mustamaalataan, ja jonka seurauksena syntyy sosiaalisia eroja (Parker & Aggleton, 2003). Joten on myös mahdollista, ettei henkilöllä ole yhtään todellista ystävää, mutta hän silti kokee elämänlaatunsa hyväksi. Psykoottisista sairauksista kärsivillä 20 %:lla sosiaalisen verkoston koko on alle neljä (O'Brien ym., 2002). Aineisto oli vuodelta 2000 The Second National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain -tutkimuksesta. Psykoottisista sairauksista kärsivien kohdalla sukupuolella ei ole vaikutusta sosiaalisen verkoston kokoon, mutta yli 45-vuotiailla on suurempi verkosto kuin sitä nuoremmilla (O'Brien ym., 2002). Psykoottisista sairauksista kärsivien kohdalla sosiaalisen verkoston koon ja koetun sosiaalisen tuen välillä on yhteys; mitä suurempi verkosto, sitä parempi koettu sosiaalinen tuki (O'Brien ym., 2002). Tämä tuntuu intuitiivisestikin loogiselta, mutta silti ei ole tietoa, pitääkö tämä myös väestötasolla paikkansa, joten tämä tutkimus tulee selvittämään asiaa.

### **1.2.2. Koettu sosiaalinen tuki**

Tässä alaluvussa käsitellään koettua sosiaalista tukea klinisiä populaatioita koskevilla tutkimuksissa, koska väestötasoisia tutkimuksia ei ole juurikaan tehty. Psykoottisista sairauksista kärsivistä 21 % kokee vakavaa puutetta koetusta sosiaalisesta tuesta: he saivat 7-17 pistettä Health and Lifestyle survey -mittarista, kun taas 25 % sai 18-20 pistettä, ja loput 54 % sai täydet 21 pistettä, joten heillä ei ollut puutetta koetusta sosiaalisesta tuesta (O'Brien ym., 2002). Aineisto oli samasta otannasta kuin tämänkin tutkimuksen. Psykoosisairauksista kärsivien joukossa sekä miehet että alle 45-vuotiaat kokevat todennäköisemmin vakavaa puutetta koetusta sosiaalisesta tuesta (O'Brien ym., 2002). Tietoa siitä, miten koetun sosiaalisen tuen kokemus jakaantuu väestössä, ei ole, joten tämä tutkimus tulee selvittämään tätä tarkemmin.

Korkea koettu sosiaalinen tuki ennustaa parempaa elämänlaatua skitsofreniaa sairastavilla, mutta psykiatriset oireet itsessään tai yleinen toimintakyky eivät ole yhteydessä



elämänlaadun kokemukseen (Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito & Lalucat-Jo, 2012). Eli kuten edellisessä luvussa todettiin, niin sosiaalisen verkoston koon kohdalla masennus toimii välittävänä tekijänä suhteessa elämänlaatuun, mutta koetun sosiaalisen tuen kohdalla vaikutus elämänlaatuun näyttäisikin olevan suora. Syrjintää psykoosiin sairastuneista kokee 37,9 %, ja tämän vuoksi he eivät tee kaikkia niitä asioita, joita haluaisivat tehdä, ja osittain tämä on johtanut eristyneisyyden kokemukseen (Morgan ym., 2012). Psykoosi- ja mielialahäiriöpotilaiden kohdalla hyvä sosiaalinen tuki sairastumisen alussa ennustaa vähäisempää stigman kokemusta vuoden kuluttua (Mueller ym., 2006). Joten myös tämä pitkittäistutkimus antaa viitteitä sosiaalisen tuen tärkeydestä potilaiden hyvinvoinnille.

Ensipsykoosidiagnoosin saaneilla potilaan kokema koettu sosiaalinen tuki, eli tunne siitä, että on yhteydessä muihin ihmisiin, ennustaa remissiovaihetta paremmin kuin muut sosiaalisen tuen muodot (Tempier, Balbuena, Lepnurm & Craig, 2013). Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen sosiaalinen tuki parantaa todennäköisyyttä selviytyä ensipsykoosista takaisin vähintäänkin puolipäiväiseen työhön tai opintoihin, sekä vähintään 60 GAF-pisteeseen viiden vuoden seurantatutkimuksen mukaan (Mattsson, Topor, Cullberg & Forsell (2008). GAF on klinikon arvio potilaan psykologisesta, sosiaalisesta ja ammatillisesta toimintakyvystä asteikolla 0-100 (Kela, 2017). Arjenhallinnan ongelmat ja GAF ovat siis ilmiöinä osittain päällekkäiset, mutta GAF on näistä kattavampi.

Sosiaalinen kyvyttömyys näyttäisi olevan riskitekijä ensipsykoosille korkean psykoosiriskin omaavien keskuudessa; 18 kuukauden mittaisessa seurantatutkimuksessa ongelmat sosiaalisissa suhteissa ennustivat psykoosiin sairastumista (Velthorst ym., 2010). Joten ongelmat sosiaalisessa toimivuudessa voivat olla varhainen merkki tulevasta skitsofreniasta (Cornblatt ym., 2007). Sosiaalinen toimivuus, kuten kyky muodostaa ja ylläpitää läheisiä ja tyydyttäviä ihmissuhteita, ja suoriutuminen sosiaalisissa rooleissa, kuten opinnoissa tai ammatissa, ovat sosiaalisuuden kaksi eri ulottuvuutta (Cornblatt ym., 2007). Mielenterveysongelmista kärsivät vetäytyvät sosiaalisista suhteista tai menettävät sosiaalisia roolejaan, kuten ammattiin tai opiskeluun liittyvä rooli, jo ennen sairastumistaan psykoosiin tai mielialahäiriöihin, mutta hoitoa saatuaan monen sosiaalinen verkosto paranee (Mueller ym., 2006). Toisaalta taas sosiaalisista suhteista vetäytyminen yksittäisenä oireena ei ennusta kovin hyvin psykoottisten sairauksien relapsiriskiä, toisin sanoen relapsiin liittyvä sosiaalisen vetäytymisen ennustearvon sensitiivisyys on vain 47.6,

ja spesifisyys 69.9 (Gaebel & Riesbeck, 2014). Sosiaalinen vetäytyminen kertoo siis relapsista vain alle puolen kohdalla heistä, jotka oikeasti saavat relapsin. Sosiaalisen toimivuuden ongelmat näyttäisivät olevan pysyvämpi ominaisuus, joka ei hoidosta huolimatta juurikaan kohene, kun taas sosiaalisten roolien tila taas paranee hoidon myötä (Cornblatt ym., 2007). Sosiaalisten roolien tilan koheneminen voi liittyä myös muutoksiin potilaan ympäristössä, eli kun ongelmat havaitaan ajoissa, on niihin mahdollista myös reagoida suotuisasti esimerkiksi vaihtamalla sopivampaan kouluun (Cornblatt ym., 2007), ja näin psykososiaalinen stressi mahdollisesti vähenee. Älykkyys, vanhempien koulutus tai sosiaalinen luokka eivät näyttäisi vaikuttavan sosiaaliseen toimivuuteen tai sosiaalisiin rooleihin (Cornblatt ym., 2007).

Kiinalaisia korkean psykoosiriskin omaavia opiskelijoita tutkittaessa havaittiin, että sosiaalinen tuki on ainoa merkittävä selittäjä psykoottistyyppisten oireiden tason vaihtelulle (Shi ym., 2016). Sosiaalisen tuen mittari muodostui kiinalaisessa tutkimuksessa sekä subjektiivisesta että objektiivisesta sosiaalisesta tuesta, ja lisäksi sosiaalisen tuen hyödyntämisestä. Siitä, onko koetulla sosiaalisella tuella ja psykoottistyyppisillä oireilla negatiivinen yhteys väestötasolla, ei kuitenkaan ole tietoa, mutta tämä tutkimus tulee selvittämään asiaa.

Matalampi sosiaalinen tuki ennustaa vakavampia negatiivisia oireita korkean psykoosiriskin omaavilla (Pruessner ym., 2011). Niiden 9-17-vuotiaiden nuorten kohdalla, joiden perhetaustassa on psykoosisairauksia, toisin sanoen sairastumisriski on muita suurempi, näyttäisi positiivinen perheympäristö toimivan suojaavana tekijänä psykoosin puhkeamista vastaan (González-Pinto ym., 2011). Positiivisen perheympäristön eri tekijöistä koheesio, eli keskinäinen turvautuminen toisiin perheenjäseniin, älyllis-kulttuurillinen orientaatio sekä perheen aktiviteettien ja vastuiden suunnittelu, suojaavat eniten (González-Pinto ym., 2011). Positiivinen perheympäristö on ilmiönä todennäköisesti osittain päällekkäinen sosiaalisen tuen kanssa. Ja toisaalta positiivinen perheympäristö saattaa tuottaa kokemuksen koetusta sosiaalisesta tuesta.

### **1.2.3. Stressi ja sosiaalinen tuki**

Korkean psykoosiriskin omaavilla on suurempi stressitaso kuin jo sairastuneilla, toisin sanoen psykoosioireisiinsa jo hoitoa saavilla tai terveillä verrokeilla, mutta heidän yleinen

toimintakykynsä (GAF) on kuitenkin parempi kuin sairastuneilla (Pruessner ym., 2011). Mitä enemmän stressiä korkean riskin potilaat kokevat, sitä todennäköisemmin heillä on myös vakavampia positiivisia ja depressiivisiä oireita, ja sosiaalinen tuki ei moderoi tätä vaikutusta (Pruessner ym., 2011). Tätä samaa yhteyttä ei löydy jo sairastuneiden tai terveiden joukosta, mutta voi olla, että yhteys selittyykin juuri sillä, että stressi edesauttaa psykoosin syntymistä (Pruessner ym., 2011). Toisin sanoen saattaa olla niin, että korkean psykoosiriskin omaavilla stressi yhä kasvaa, koska he eivät vielä saa hoitoa ja tukea, ja lopulta oireiden vakavoituessa myös psykoosidiagnoosin kynnys ylitetään.

Psykososiaalinen stressi voi johtaa ensipsykoosista parannuttua uusiin psykoottisiin oireisiin, mutta sosiaalinen tuki näyttäisi toimivan suojaavana mekanismina jolloin ympäristöstä tuleva paine tuntuu potilaasta pienemmältä, ja uudelta psykoosijaksolta voidaankin välttyä (Alvarez-Jimenez ym., 2012). Eli ensipsykoosista parantuneiden kohdalla sosiaalinen tuki olisi hyödyllinen suojaavana tekijänä, mutta korkean psykoosiriskin omaavien kohdalla taas ei.

### **1.3. Arjenhallinnan ongelmat**

Seuraavaksi käsitellään tämänhetkistä tutkimustietoa liittyen arjenhallinnan ongelmiin (ADL), koska arjenhallinnan ongelmia käytetään tässä tutkimuksessa kuvaamaan psykoottistyyppisten oireiden haitallisia vaikutuksia. Väestössä psykoottistyyppisten oireiden määrän kasvaessa myös ongelmat terveystilanteessa eli itsestä huolehtimisessa (ADL), vuorovaikutuksessa muiden kanssa (IADL) ja liikkuvuudessa (IADL) kasvaa (Nuevo ym., 2012). Näiden välistä syy-seuraus -suhdetta 52 eri maassa tehty tutkimus ei kuitenkaan tuo esiin. IADL tarkoittaa välineellistä arjenhallintaa (Tran ym., 2013), kuten tilanteita, jotka vaativat vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa. Naisten ja iäkkäiden terveystilanne on huonompi kuin miesten ja nuorempien ihmisten (Nuevo ym., 2012).

Muistipotilaiden osalta saatiin osittain samansuuntainen tulos kuin väestönkin osalta. Muistihäiriöistä kärsivien henkilöiden kohdalla huomattiin pitkittäistutkimuksessa, että mitä useammin henkilö kokee psykoottistyyppisiä oireita sitä nopeammin hänen perusarjenhallintansa (ADL), kuten kotitöissä ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, alkaa heiketä (Tran, Bédard, Dubois, Weaver, & Molloy, 2013). Muutokset psykoottistyyppisissä oireissa eivät kuitenkaan näyttäisi vaikuttavan kykyyn suoriutua välineellisessä arjenhallinnassa, kuten vieraiden ihmisten kanssa kommunikoinnissa ja

liikkumisessa julkisella liikennevälineellä (Tran ym., 2013). Psykoottistyyppisiä oireita esiintyy noin 25-50 %:lla muistipotilaista (Koponen & Vataja, 2016).

Psykoosisairauksista toipuneet pärjäävät paremmin kuin psykoosisairauksista kärsivät sekä arjenhallinnassaan että sosiaalisissa tilanteissa, ja omaavat myös vakaamman sosiaalisen verkoston (Helldin, Kane, Karilampi, Norlander, & Archer, 2007). Vastaavasti erilaiset psykoosisairaudet ovat yhteydessä moniin arjenhallinnan ongelmiin, kuten vieraiden kanssa kommunikointiin, liikkumiseen julkisilla liikennevälineillä, ostoksien tekoon, kotitöihin ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen (Viertiö ym., 2012).

Riskitekijöitä näille arjenhallinnan ongelmille ovat korkeampi ikä, masennus, negatiiviset oireet, heikko verbaalinen muisti ja heikko sosiaalinen toimintakyky (Viertiö ym., 2012). Positiiviset oireet eivät siis ole riskitekijä arjenhallinnan ongelmille psykoosisairauksista kärsivien joukossa, vaikka väestön osalta näin näyttäisikin olevan. Osittain samankaltainen tulos saatiin myös skitsofreniapotilaiden kohdalla. Skitsofreniapotilaiden aktiivisuuden määrän, kuten suunnittelun, osallistumisen ja sosiaalisten kontaktien, kasvaessa, negatiivisten oireiden määrä vähenee, mutta yhteyttä positiivisten oireiden määrään ei ole (Moriarty, Jolley, Callanan & Garety, 2012). Tutkimuksen aktiivisuus-muuttujan voidaan arvioida olevan hieman samankaltainen kuin arjenhallinnan IADL-muuttujan. Kuitenkin tutkimuksessa saatiin lisäksi tulos, että potilaan kärsiminen vainoharhaisuudesta ja aistiharhoista lisää myös aktiivisuuden määrää (Moriarty, 2012). Positiivisten oireiden sisällä näyttäisi siis olevan eroja sen suhteen, kuinka eri positiiviset oireet vaikuttavat aktiivisuuteen. Lisäksi syrjityksi tuleminen kokemus ennustaa vähäisempää aktiivisuutta, joka saattaisi johtua pelontunteesta liittyen siihen, kuinka ihmiset kohtelevat heitä (Moriarty, 2012).

Psykoosisairauksista kärsivillä 39 %:lla on 2-7 ongelmaa arjenhallinnassaan (asteikolla 0-7) (O'Brien ym., 2002). Tutkimustulos on samasta otannasta kuin tämäkin tutkimus. Eniten vaikeuksia koetaan käytännön aktiviteeteissä (ADL), kuten puutarhanhoito sekä kodin pienet korjaukset, sekä paperitöissä, kuten lomakkeiden täyttö ja kirjeiden kirjoittaminen (O'Brien ym., 2002). Psykoosisairauksista kärsivien joukossa sukupuolten tai nuorten ja vanhojen välillä ei ole eroa arjenhallinnan ongelmissa, mutta heillä, jotka eivät ole parisuhteessa, on ongelmia vähemmän kuin naimisissa olevilla, eronneilla tai leskillä (O'Brien ym., 2002). Psykoosisairauksista kärsivien osalta siis tiedetään, kuinka

paljon heillä on ongelmia arjenhallinnassaan, mutta koko väestön osalta tätä tietoa ei ole, joten tämä tutkimus tulee tutkimaan asiaa.

Korkeampi koettu sosiaalinen tuki, mutta ei sosiaalisen verkoston koko, on yhteydessä parempaan arjenhallintaan ikääntyneiden hoitolaitoksessa asuvien sekä miesten että naisten kohdalla (McLaughlin ym., 2012). Koettu sosiaalinen tuki näyttäisi toimivan suojaavana tekijänä suhteessa arjenhallinnan ongelmiin myös yhä kotona asuvien 70-74-vuotiaiden keskuudessa (Escobar-Bravo, Puga-González & Martín-Baranera, 2012). Siitä ei kuitenkaan ole tietoa, vähenevätkö arjenhallinnan ongelmat koetun sosiaalisen tuen kasvaessa myös väestön parissa, mutta tämä tutkimus tulee selvittämään asiaa.

#### **1.4. Yhteenveto psykoottistyyppisten oireiden, sosiaalisen tuen ja arjenhallinnan ongelmien yhteyksistä**

Väestön osalta tiedetään, että psykoottistyyppisten oireiden määrän kasvaessa myös ongelmat itsestä huolehtimisessa lisääntyy (Nuevo ym., 2012), yleinen toimintakyky laskee ja riski sairastua psykoosiin nousee (Yung ym., 2009). Eli psykoottistyyppisillä oireilla on haitallisia vaikutuksia. Samoin väestön osalta tiedetään, että sosiaalisen tuen kasvaessa terveys paranee (Haber ym.2007). Sitä ei kuitenkaan tiedetä, suojaako sosiaalinen tuki psykoottistyyppisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta väestössä. Psykoosisairauksista kärsivien ja korkean psykoosiriskin omaavien osalta on kuitenkin löydetty sosiaalisen tuen ja suotuisien terveysseuraamusten välisiä positiivisia yhteyksiä (Mattsson ym., 2008; Shi ym., 2016; Alvarez-Jimenez ym., 2012), jotka antavat viitteitä sosiaalisen tuen suojaavasta roolista ainakin kliinisessä populaatiossa. Mikäli voidaan havaita, että sosiaalisella tuella on suojaava vaikutus myös väestössä, se korostaa varsinkin varhaisen puuttumisen hoitomalleissa sosiaalisen tuen kartoituksen tärkeyttä psykoottistyyppisistä oireista kärsivillä.

#### **1.5. Tutkimusongelmat ja hypoteesit**

Edellä käsiteltyyn aiempaan tutkimustietoon pohjautuen tutkimus tulee tarkastelemaan, suojaako sosiaalinen tuki psykoottistyyppisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta väestössä. Sosiaalista tukea tarkastellaan koetun sosiaalisen tuen ja sosiaalisen verkoston koon näkökulmista. Haitalliset vaikutukset tullaan tässä tutkimuksessa operationalisoimaan

arjenhallinnan ongelmiksi (ADL). Psykoottistyyppisistä oireista tarkastellaan niiden määrää sisältäen myös hypomanian.

Tutkimusongelma 1) Miten sosiaalisen verkoston koko, koettu sosiaalinen tuki, psykoottistyyppisten oireiden määrä ja arjenhallinnan ongelmat (ADL) ovat toisiinsa yhteydessä?

Hypoteesi 1) Sosiaalisen verkoston koon kasvaessa, myös koettu sosiaalinen tuki kasvaa.

Hypoteesi 2) Sosiaalisen verkoston koon kasvaessa, psykoottistyyppisten oireiden määrä vähenee.

Hypoteesi 3) Sosiaalisen verkoston koko ja arjenhallinnan ongelmien määrä (ADL) eivät ole yhteydessä toisiinsa.

Hypoteesi 4) Koetun sosiaalisen tuen kasvaessa, psykoottistyyppisten oireiden määrä vähenee.

Hypoteesi 5) Koetun sosiaalisen tuen kasvaessa, arjenhallinnan ongelmien määrä (ADL) vähenee.

Tutkimusongelma 2) Suojaako sosiaalinen tuki psykoottistyyppisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta liittyen arjenhallinnan ongelmiin?

Hypoteesi: Koettu sosiaalinen tuki vähentää riskiä arjenhallinnan ongelmiin, kun sukupuoli, ikä, psykoosioireet ja sosiaalisen verkoston koko kontrolloidaan.

Lisäksi samalla selvitetään, miten koetun sosiaalisen tuen kokemus jakaantuu väestössä, sekä millainen osuus väestöstä kokee ongelmia arjenhallinnassaan.

## **2. MENETELMÄT**

### **2.1. Osallistujat**

Aineisto kerättiin henkilökohtaisesti haastatellen vuonna 2000 Iso-Britannian kansallisen tilastokeskuksen (Office for National Statistics) työntekijöiden toimesta. Kysely on nimeltään The Second National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Kyselyssä kartoitettiin vastaajien mielenterveysongelmia, fyysistä terveyttä, päihdekäyttöä, elämäntapahtumia, terveystalouden käyttöä ja sosio-demografisia tekijöitä. Otanta tehtiin ositettua otantaa käyttämällä siten, että Englannin, Walesin ja Skotlannin postinumeroalueet jaettiin alueiden sisällä ihmisten sosio-ekonomisen statuksen mukaan, ja näistä kustakin alueesta poimittiin satunnaisesti 36 osoitetta. Näin kokonaisotannaksi muodostui 15804 osoitetta. Haastattelijat vierailivat näissä osoitteissa poimiakseen yksityistalouksista satunnaisesti yhden 16-74 -vuotiaan henkilön per osoite. Lisäksi osoitteista poistettiin loma-asunnot sekä organisaatioiden osoitteet, ja jäljelle jäi 14285 osoitetta. Näihin lisättiin osoitteet, joissa oli useampi talous samassa osoitteessa, ja näin osoitteiden kokonaismääräksi muodostui 14434 kpl. Näistä poistettiin taloudet, joissa ei ollut yhtään 16-74 -vuotiasta henkilöä, jolloin lopulliseksi otokseksi muodostui 12792 henkilöä. Heistä kieltäytyi tai ei saatu yhteyttä 3906 henkilöön (31 %), jolloin haastatteludataa saatiin joko kokonaan tai osittain 8580 vastaajalta.

Vastaajista, joista saatiin joko kokonaan tai osittain haastatteludataa, puuttui havaintoarvoja vain vähän, eikä puuttumisessa ollut systematiikkaa, joten siksi aineistosta päädyttiin poistamaan nämä havainnot kokonaan. Eli 116 vastaajalta puuttui havaintoarvo jostakin seuraavista muuttujista: psykoottistyyppisten oireiden määrä, arjenhallinnan ongelmat, koettu sosiaalinen tuki ja sosiaalisen verkoston koko. Sukupuoli- ja ikämuuttujista ei puuttunut havaintoarvoja lainkaan. Näin lopulliseksi tutkimusaineiston kooksi muodostui 8464 vastaajaa.

### **2.2. Mittarit**

Tämän tutkimuksen pääarvioinnin kohteena olivat arjenhallinnan ongelmat, psykoottistyyppisten oireiden määrä, koettu sosiaalinen tuki sekä sosiaalisen verkoston koko. Näiden avulla tutkittiin, suojaako sosiaalinen tuki psykoottistyyppisten oireiden

haitallisilta vaikutuksilta. Lisäksi sosio-demografisista muuttujista tarkasteltiin ikää ja sukupuolta, koska näiden on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan yhteydessä psykoottistyyppisiin oireisiin (Johns ym., 2004; Linscott & van Os, 2012).

### **2.2.1. Psykoottistyyppiset oireet**

Viimeisen vuoden aikana esiintyneiden psykoottistyyppisten oireiden mittaamiseksi tutkimuksessa käytettiin mittaria nimeltä The Psychosis Screening Questionnaire (PSQ; Bebbington & Nayani, 1995). PSQ-mittari on todettu toimivaksi lyhyeksi mittariksi psykoosioireiden selvittämiseen kliinisessä populaatiossa: sensitiivisyys 96,9 % ja spesifisyys 95,3 % (Bebbington & Nayani, 1995). PSQ koostuu kysymyksistä, joilla mitataan hypomaniaa, ajatuksiin vaikuttamista, vainoharhaisuutta, outoja kokemuksia sekä aistiharhoja (ks. tarkemmin taulukko 3). PSQ-mittari koostuu viidestä johdantokysymyksestä, ja seitsemästä näihin liittyvästä avainkysymyksestä.

Avainkysymykset kysytään vain, mikäli edelliseen kysymykseen on vastattu siten, että se antaa viitteitä psykoosioireesta. Mittarista tehtiin sekä summamuuttuja että luokiteltu muuttuja, joka psykoottistyyppisten oireiden määrän mukaan uudelleen luokiteltiin neljään luokkaan: ei yhtään psykoottistyyppisiä oireita, psykoottistyyppisiä oireita 1-3, 4-5 tai 6-12 kappaletta. Jatkuva summamuuttuja sai arvoja välillä 0-12. Lisäksi summamuuttujasta tehtiin keskitetty muuttuja, jotta logistisen regressioanalyysin interaktion kolinearisuusongelma saatiin hallintaan. Koska tässä tutkimuksessa haluttiin tutkia psykoottistyyppisiä oireita jatkumolla väestötasolla, otettiin kaikki vastaajat mahdollisesta psykoosidiagnoosista riippumatta mukaan tutkimukseen.

### **2.2.2. Sosiaalisen verkoston koko**

Sosiaalisen verkoston kokoa tutkittiin kysymällä kolme kysymystä Interview Measure for Social Relationships (IMSR) -kyselystä (Brugha ym., 1987). Kysymykset koskivat vastaajan yli 16-vuotiaiden ystävien ja sukulaisten määrää, ja olivat seuraavat:

1. How many adults who live with you do you feel close to?
2. How many relatives who are aged 16 or over, who do not live with you, do you feel close to?
3. How many friends or acquaintances (who do not live with you) would you describe as close or good friends?



Näistä muuttujista muodostettiin summamuuttuja, joka lisäksi uudelleen luokiteltiin kolmeen luokkaan: (1) 0-3 henkilöä verkostossa, (2) 4-8 henkilöä verkostossa ja (3) yhdeksän tai enemmän henkilöitä verkostossa. Summamuuttujan muodostaminen tehtiin samoin kuin aikaisemmissakin aihetta tutkineissa tutkimuksissa (mm. Brugha ym., 2005). Lisäksi summamuuttujasta tehtiin keskitetty muuttuja, jotta logistisen regressioanalyysin interaktion kolinearisuusongelma saatiin hallintaan. Yksin asuneiden vastaajien kohdalla oli datan keräysvaiheessa jätetty ensimmäisen kysymyksen vastaus tyhjäksi. Tällöin heille muodostui virheellisesti puuttuva havainto. Tämän tutkimuksen kohdalla ensimmäisen kysymyksen puuttuva havainto korjattiin nollassa, jotta myös yksin asuvat tulivat mukaan analyysiin.

### **2.2.3. Koettu sosiaalinen tuki**

Koettua sosiaalista tukea tutkittiin kysymällä seitsemän eri kysymystä Health and Lifestyle -kyselystä (Cox ym., 1987). Vastausvaihtoehdot ovat: (1 p) ei totta, (2 p) osittain totta ja (3 p) varmasti totta. Näistä muuttujista muodostettiin summamuuttuja, jonka pisteet olivat välillä 7-21. Lisäksi summamuuttuja uudelleen luokiteltiin kolmeen luokkaan: (1) 7-17 pistettä; vakava puute sosiaalisessa tuessa, (2) 18-20 pistettä; keskimääräinen puute sosiaalisessa tuessa ja (3) 21 pistettä: ei puutetta sosiaalisessa tuessa. Muuttujat korreloivat keskenään välillä .28 - .62, ja Cronbachin alfa oli 0.85, joten summamuuttujan konsistenssi oli hyvä. Väitteet ovat:

There are people I know – amongst my family or friends

1. Who do things to make me happy.
2. Who make me feel loved.
3. Who can be relied on no matter what happens.
4. Who would see that I am taken care of if I needed to be.
5. Who accept me just as I am.
6. Who make me feel an important part of their lives.
7. Who give me support and encouragement.

### **2.2.4. Arjenhallinnan ongelmat**

Arjenhallinnan ongelmia (ADL) tutkittiin kysymällä seitsemää eri vaikeutta vastaajan elämässä. Näitä olivat henkilökohtainen hoito (pukeutuminen, peseytyminen), liikkuminen

(pääseekö ulos, kulkuvälineiden käyttö), terveydestä huolehtiminen (lääkkeiden ottaminen, säänmukainen vaatetus), taloustyöt (ruoan valmistus, ostosten teko, pyykinpesu), käytännön aktiviteetit (puutarhanhoito, asunnon korjaustyöt), paperityöt (kirjeiden kirjoittaminen, lomakkeiden täyttäminen) ja raha-asoiden hoito. Vastaajat vastasivat kysymykseen, onko heillä ongelmia ko. arkipäivän askareissa vai ei. Kyllä-vastaukset, jotka kertoivat ongelman olemassaolosta, laskettiin yhteen, ja näistä muodostettiin sekä summamuuttuja (0-7 ongelmaa) että dikotominen muuttuja: 0-1 ongelmaa, sekä 2-7 ongelmaa. Seitsemän erillistä arjenhallinnan ongelma -muuttujaa korreloivat keskenään välillä .11 - .62, ja Cronbachin alfa oli 0.75, joten summamuuttujan konsistenssi oli hyvä.

### **2.3. Analyysit**

Muuttujien vaikutusta arjenhallinnan ongelmiin tutkittiin ensin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Tämän jälkeen sukupuolta, ikää, koettua sosiaalista tukea sekä sosiaalisen verkoston kokoa tarkasteltiin jokaista yksinään suhteessa arjenhallinnan ongelmiin sekä psykoottistyyppisiin oireisiin kaksisuuntaisella varianssianalyysillä mahdollisten yhdysvaikutusten löytämiseksi. Kaikkien päämuuttujien jakaumat olivat hyvin vinoja. Lisäksi graafisen tarkastelun perusteella näytti siltä, että muuttujien väliset yhteydet eivät olisi lineaarisia, jonka vuoksi muuttujien välisiä yhteyksiä päätettiin mallintaa logistisella regressioanalyysillä. Menetelmän etuna on se, ettei se vaadi selittävien muuttujien mitta-asteikolta eikä varianssien yhtäsuuruudelta tai käytettävien muuttujien jakaumilta mitään. Lisäksi logistisen regressioanalyysin etuna on se, että efekतिकooka on selkeä arvioida riskikertoimen avulla. Regressioanalyysissä riippumattomat muuttujat eivät saa olla multikollineaarisia, eli ne eivät saa korreloida keskenään liian voimakkaasti. Tätä testattiin korrelaatiokertoimilla. Koska regressioanalyysissä käytettiin myös interaktiotermejä, keskitettiin psykoottistyyppisten oireiden määrä ja sosiaalisen verkoston koko -summamuuttujat. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin IBM SPSS Statistics 22 -ohjelmaa.

### 3. TULOKSET

#### 3.1. Kuvailevat tulokset

Tutkittavat olivat iältään 16-74 -vuotiaita. Iän jakauma noudatti sekä histogrammin muodon että kvantiilikäyrän (Q-Q plot) mukaan tarkasteltuna suunnilleen normaalijakaumaa; nuorempia vastaajia oli hieman vähemmän kuin vanhempia.

Tutkimuksen taustamuuttujien perustunnusluvut löytyvät taulukosta 1. Taulukossa 2 on muiden muuttujien perustunnusluvut.

Taulukko 1. Taustamuuttujien perustunnusluvut

	N	%	Ka
Sukupuoli	8464		
Nainen	4674	55,22	
Mies	3790	44,78	
Ikä	8464		45,3
16-34	2460	29,06	
35-54	3347	39,54	
55-74	2657	31,39	

Ka = keskiarvo

Taulukko 2. Muuttujien perustunnusluvut

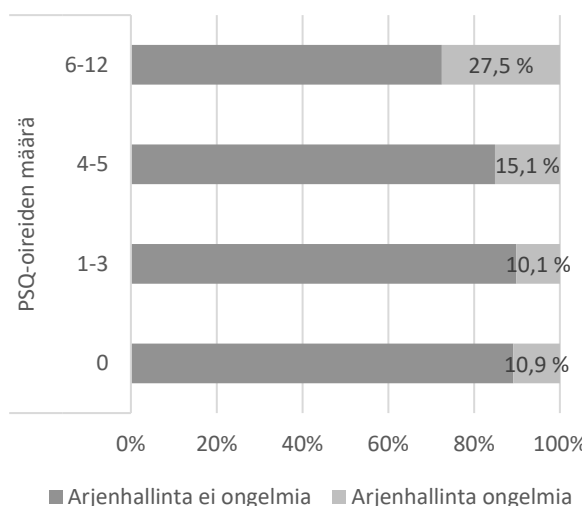
	N	%	Ka	Kh	Vaihteluväli
Arjenhallinnan ongelmat	8464		0.47	1.09	0-7
0-1	7531	88.98			
2-7	933	11.02			
Psykoosioireet	8464		1.36	1.46	0-12
0	2947	34.82			
1-3	4812	56.85			
4-5	538	6.36			
6-12	167	1.97			
Koettu sosiaalinen tuki	8464		20.14	1.86	7-21
ei puutetta (21)	5912	69.85			
keskimääräinen puute (18-20)	1837	21.70			
vakava puute (7-17)	715	8.45			
Sosiaalisen verkoston koko	8464		13.38	10.54	0-118
yli 8 henkilöä	5449	64.38			
4-8 henkilöä	2509	29.64			
0-3 henkilöä	506	5.98			

Taulukko 3. PSQ-mittarin kysymykset ja vastausprosentit frekvensseineen.

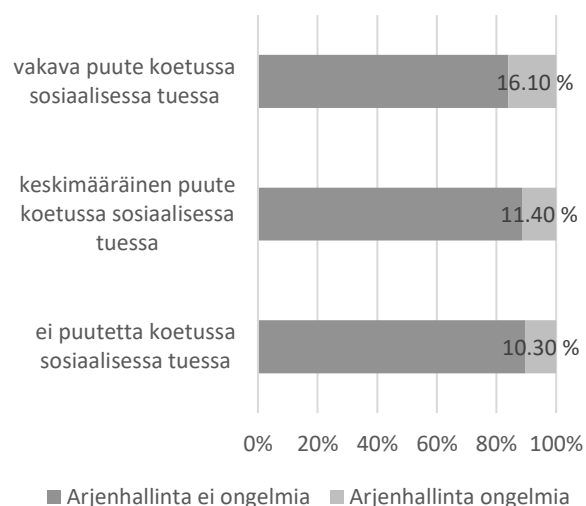
PSQ-kysymykset	Psykoottisiin oireisiin viittaavat	
Hypomania	kpl	%
Over the past year, have there been times when you felt very happy indeed without a break for days on end?	Kyllä = 4605	54.41 %
Was there an obvious reason for this?	Ei = 1778	21.01 %
Did your relatives or friends think it was strange or complain about it?	Kyllä = 48 (avainkysymys)	0.57 %
Ajatuksiin vaikuttaminen		
Over the past year, have you ever felt that your thoughts were directly interfered with or controlled by some outside force or person?	Kyllä = 791	9.35 %
Did this come about in a way that many people would find hard to believe, for instance, through telepathy?	Kyllä = 94 (avainkysymys)	1.11 %
Paranoidisuus		
Over the past year, have there been times when you felt that people were against you?	Kyllä = 1781	21.04 %
Have there been times when you felt that people were deliberately acting to harm you or your interests?	Kyllä = 794	9.38 %
Have there been times you felt that a group of people was plotting to cause you serious harm or injury?	Kyllä = 141 (avainkysymys)	1.67 %
Oudot kokemukset		
Over the past year, have there been times when you felt that something strange was going on?	Kyllä = 746	8.81 %
Did you feel that it was so strange that other people would find it very hard to believe?	Kyllä = 279 (avainkysymys)	3.30 %
Hallusinaatiot		
Over the past year, have there been times when you heard or saw things that other people couldn't?	Kyllä = 364	4.30 %
Did you at any time hear voices saying quite a few words or sentences when there was no one around that might account for it?	Kyllä = 81 (avainkysymys)	0.96 %
Mikä tahansa psykoottinen oire		
Psykoottisiin oireisiin viittaavat vastaajat (johdanto- tai avainkysymys)	5517	65.18 %
Psykoottisiin oireisiin viittaavat vastaajat (avainkysymys)	504	5.95 %

### 3.2 Muuttujien väliset yhteydet

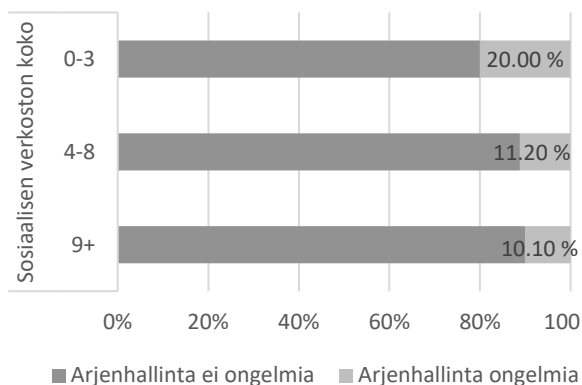
Psykoottistyyppisten oireiden, koetun sosiaalisen tuen, sosiaalisen verkoston koon, iän ja sukupuolen vaikutusta arjenhallinnan ongelmiin tutkittiin ensin yksisuuntaisella varianssianalyysillä käyttäen arjenhallinnan ongelmien summamuuttujaa ja bonferroni-korjausta. Psykoottistyyppisten oireiden eri määrän mukaan ryhmiteltyjen kohderyhmien välillä oli eroja arjenhallinnan ongelmissa (kuva 2). Post hoc -testauksen mukaan kaikkien muiden ryhmien välillä oli eroja paitsi oireettomien ja 1-3 oiretta omaavien välillä. Myös koetun sosiaalisen tuen eri määrän mukaan ryhmiteltyjen kohderyhmien välillä oli eroja arjenhallinnan ongelmissa (kuva 3). Post hoc -testauksen mukaan kaikkien muiden ryhmien välillä oli eroja paitsi kahden eniten sosiaalista tukea kokevien kohderyhmien välillä. Sosiaalisen verkoston eri koon mukaan ryhmiteltyjen kohderyhmien välillä oli eroja arjenhallinnan ongelmissa (kuva 4). Post hoc -testauksen mukaan kaikkien muiden ryhmien välillä oli eroja paitsi kahden suurimman verkoston määrän mukaisen kohderyhmän välillä. Myös eri ikäisten välillä oli eroja arjenhallinnan ongelmissa (kuva 5). Post hoc -testauksen mukaan kaikkien kolmen eri ikäryhmän välillä oli eroja. Naisilla oli miehiä enemmän arjenhallinnan ongelmia (kuva 6).



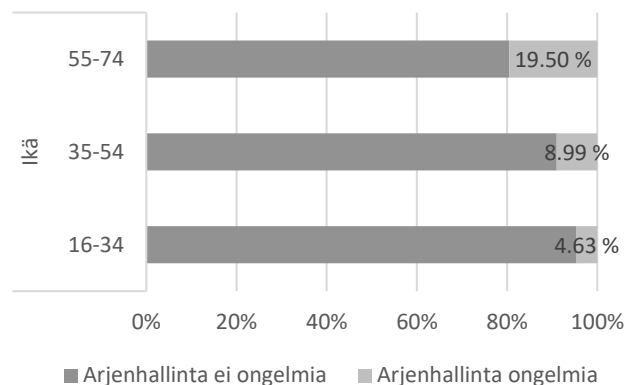
Kuva 2. PSQ-oireiden eli psykoottistyyppisten oireiden määrä suhteessa arjenhallinnan ongelmiin.



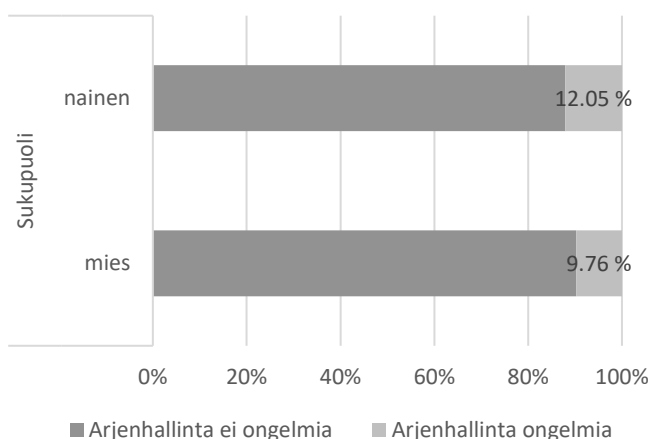
Kuva 3. Koettu sosiaalinen tuki suhteessa arjenhallinnan ongelmiin.



Kuva 4. Sosiaalisen verkoston koko suhteessa arjenhallinnan ongelmiin.



Kuva 5. Ikä suhteessa arjenhallinnan ongelmiin.



Kuva 6. Sukupuoli suhteessa arjenhallinnan ongelmiin.

Päämuuttujista kaikki muut korreloivat keskenään paitsi arjenhallinnan ongelmat ja sosiaalisen verkoston koko. Myöskään koettu sosiaalinen tuki ja ikä eivät korreloineet keskenään. Taustamuuttujat ikä ja sukupuoli eivät korreloineet keskenään.

Regressioanalyysissä riippumattomat muuttujat eivät saa olla multikollineaarisia, toisin sanoen ne eivät saa korreloida keskenään liian voimakkaasti. Tätä testattiin korrelaatiokertoimilla (taulukko 4), ja todettiin että muuttujien välillä ei ollut multikollineaarisuutta, joka olisi pitänyt huomioida tutkimuksessa. Muuttujat eivät korreloineet yli .7, Tolerance-arvo ei ollut alle .10, VIF-arvo ei ollut yli 10 ja Cook's Distance -arvo oli alle yhden.

Taulukko 4. Muuttujien väliset korrelaatiot

Muuttuja	1	2	3	4	5
1 Arjenhallinnan ongelmat, jatkuva					
2 Psykoosioireet, jatkuva	.070				
3 Koettu sosiaalinen tuki	-.065	-.074			
4 Sosiaalisen verkoston koko	<b>.007</b>	-.072	.171		
5 Sukupuoli <sup>a</sup>	.040	.028	.109	-.073	
6 Ikä	.217	-.210	<b>.018</b>	.100	<b>.015</b>

Tilastollisesti ei-merkitsevät korrelaatiot on korostettu ( $p > .05$ ). Muut korrelaatiot ovat ( $p < .01$ ).

<sup>a</sup> Sukupuoli: mies = 1, nainen = 2

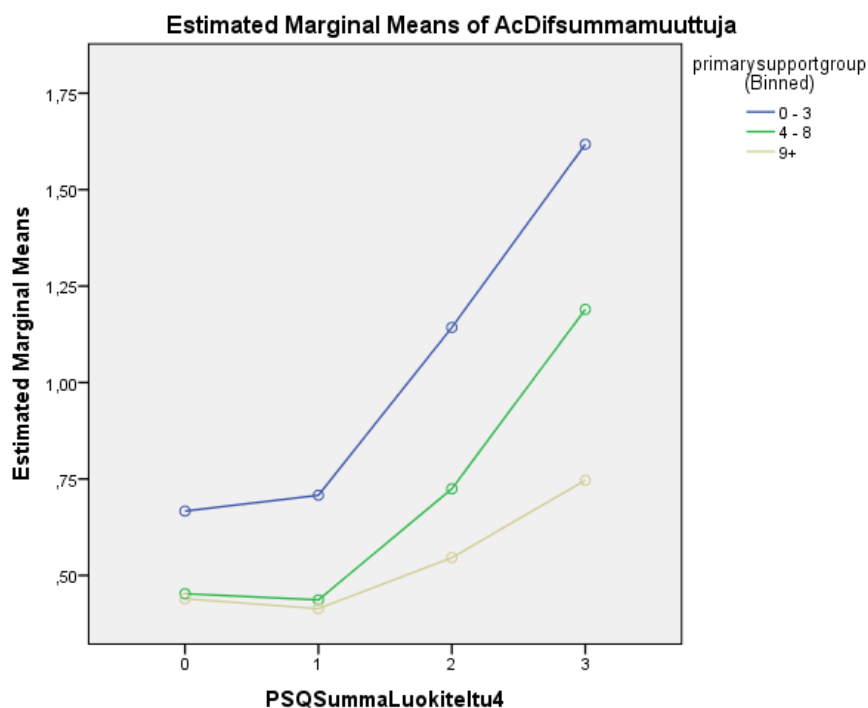
### 3.3. Arjenhallinnan ongelmien ennustaminen

Logistisella regressioanalyysillä ennustettiin eri muuttujien vaikutusta arjenhallinnan ongelmiin, ja tämä toteutettiin kolmella askeleella. Arjenhallinnan ongelmien muuttuja oli dikotominen: 0-1 ja 2-7 ongelmaa. Ensimmäiseen malliin (taulukko 5) laitettiin sukupuoli, ikä ja psykoottistyyppisten oireiden määrä, joka oli keskitetty muuttuja. Sukupuoli, ikä ja psykoottistyyppisten oireiden määrä selittivät 10,5 % siitä, miksi henkilö oli kokenut vaikeuksia arjenhallinnassaan. Naisilla ja iältään vanhemmilla oli suurempi riski kokea vaikeuksia arjenhallinnassaan. Psykoottistyyppisten oireiden määrä lisäsi riskiä arjenhallinnan ongelmiin riskikertoimen ollessa 1.26.

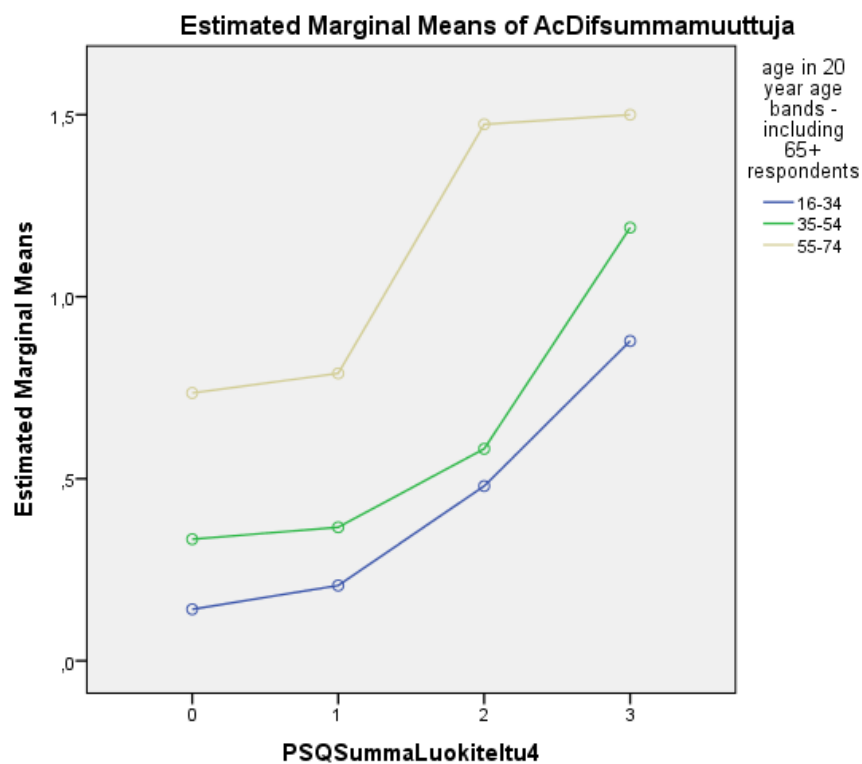
Toiseen malliin (taulukko 5) lisättiin koettu sosiaalinen tuki ja sosiaalisen verkoston koko, joka oli keskitetty muuttuja. Sukupuoli, ikä, psykoottistyyppisten oireiden määrä, koettu sosiaalinen tuki ja sosiaalisen verkoston koko selittivät 11,2 % siitä, miksi henkilö oli kokenut vaikeuksia arjenhallinnassaan. Kuten edellisessäkin mallissa, edelleen naisilla, iältään vanhemmilla ja psykoottistyyppisiä oireita enemmän omaavilla henkilöillä oli suurempi riski kokea vaikeuksia arjenhallinnassaan. Koettu sosiaalinen tuki puolestaan vähensi riskiä arjenhallinnan ongelmiin riskikertoimen ollessa 0.91. Sosiaalisen verkoston koolla sen sijaan ei ollut vaikutusta siihen, kokiko henkilö ongelmia arjenhallinnassaan, kun muut muuttujat oli kontrolloitu.



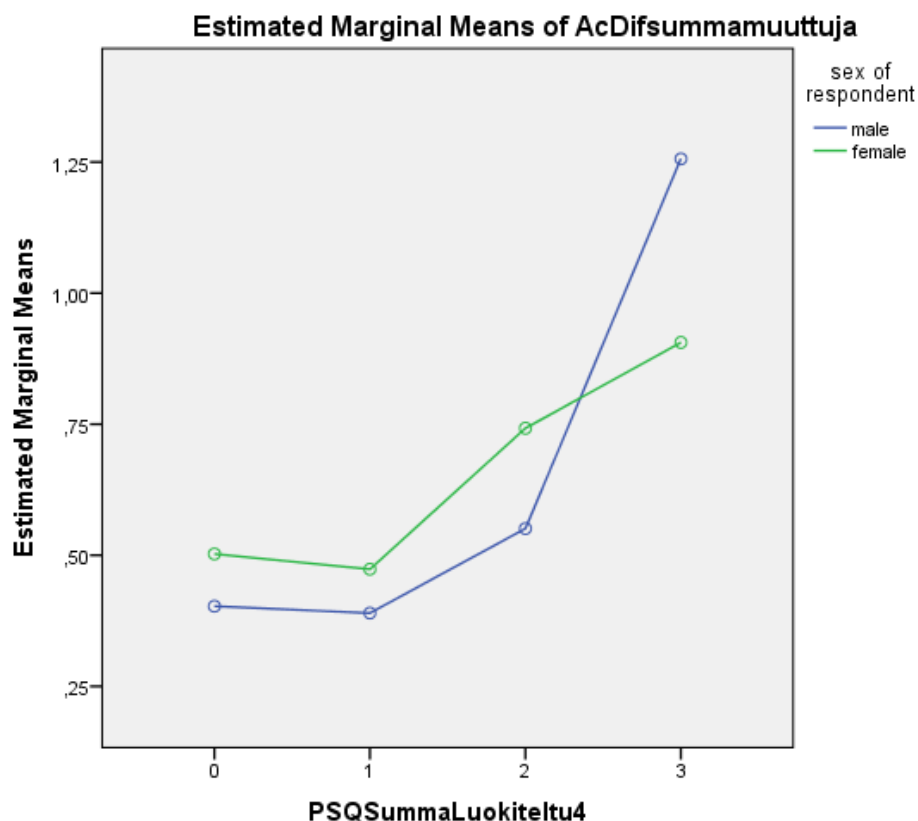
Lisäksi sukupuolta, ikää, koettua sosiaalista tukea sekä sosiaalisen verkoston kokoa tarkasteltiin jokaista yksinään suhteessa arjenhallinnan ongelmiin sekä psykoottistyyppisten oireiden määrään kaksisuuntaisella varianssianalyysillä mahdollisten yhdysvaikutusten löytämiseksi. Tässä analyysissä käytettiin arjenhallinnan ongelmien summamuuttujaa, jotta interaktioiden havaitseminen olisi helpompaa. Kaikkien muiden, paitsi koetun sosiaalisen tuen, kohdalla yhdysvaikutus löydettiin. Havaittiin, että sosiaalisen verkoston koolla ja psykoottistyyppisten oireiden määrällä oli arjenongelmien kokonaisvaihtelun selittäjinä yhdysvaikutus ( $F(6, 8452) = 2,20, p < .040$ ) (kuva 7). Psykoottistyyppisten oireiden määrän kasvaessa nolasta seuraavaan luokkaan (1-3 oiretta), arjenhallinnan ongelmat eivät lisääntyneet, mikäli sosiaalisen verkoston koko oli neljä tai enemmän. Lisäksi havaittiin, että iällä ja psykoottistyyppisten oireiden määrällä oli arjenongelmien kokonaisvaihtelun selittäjinä yhdysvaikutus ( $F(6, 8452) = 2,10, p < .050$ ) (kuva 8). Psykoottistyyppisten oireiden määrän kasvaessa toiseksi korkeimmasta luokasta (4-5) korkeimpaan luokkaan (6-12 oiretta), iäkkäimpien henkilöiden arjenhallinnan ongelmat eivät enää lisääntyneet kuten kahdella nuoremmalla ikäryhmällä. Lisäksi havaittiin, että sukupuolella ja psykoottistyyppisten oireiden määrällä oli arjenongelmien kokonaisvaihtelun selittäjinä yhdysvaikutus ( $F(3, 8456) = 2,71, p < .044$ ) (kuva 9). Psykoottistyyppisten oireiden määrän kasvaessa toiseksi korkeimmasta luokasta (4-5) korkeimpaan luokkaan (6-12 oiretta), miesten arjenongelmien määrä ohitti naisten arjenongelmien määrän, kun se siihen asti oli ollut alemmalla tasolla naisiin verrattuna.



Kuva 7. Arjenhallinnan ongelmien määrä psykoottistyyppisten oireiden määrän ja sosiaalisen verkoston koon mukaan ryhmittäin.



Kuva 8. Arjenhallinnan ongelmien määrä psykoottistyyppisten oireiden määrän ja iän mukaan ryhmittäin.



Kuva 9. Arjenhallinnan ongelmien määrä psykoottistyyppisten oireiden määrän ja sukupuolen mukaan ryhmittäin.

Tämän jälkeen tehtiin logistisen regressioanalyysin viimeinen eli kolmas malli (taulukko 5), johon lisättiin löydetty interaktiot psykoottistyyppisten oireiden määrän ja koetun sosiaalisen tuen välillä, sekä psykoottistyyppisten oireiden määrän ja sosiaalisen verkoston koon välillä. Malli oli tilastollisesti merkitsevä. Edelleen merkitseviä selittäjiä olivat sukupuoli, ikä ja koettu sosiaalinen tuki, mutta psykoottistyyppisten oireiden määrän päävaikutus hävisi. Lisätyistä interaktioista psykoottistyyppisten oireiden määrän ja sosiaalisen verkoston koon interaktio oli merkitsevä. Sukupuoli, ikä, psykoottistyyppisten oireiden määrä, koettu sosiaalinen tuki ja sosiaalisen verkoston koko, sekä lisätyt interaktiot selittivät 11,4 % siitä, miksi henkilö oli kokenut vaikeuksia arjenhallinnassaan. Kuten edellisissäkin mallissa, edelleen naisilla ja iältään vanhemmilla oli suurempi riski kokea vaikeuksia arjenhallinnassaan. Ja kuten edellisissäkin mallissa, edelleen koettu sosiaalinen tuki puolestaan vähensi riskiä arjenhallinnan ongelmiin riskikertoimen ollessa 0.91. Kun koetun sosiaalisen tuen ja sosiaalisen verkoston koon interaktiot psykoottistyyppisten oireiden määrän kanssa otettiin mallissa huomioon, ei psykoottistyyppisten oireiden määrä enää yksinään lisännyt todennäköisyyttä

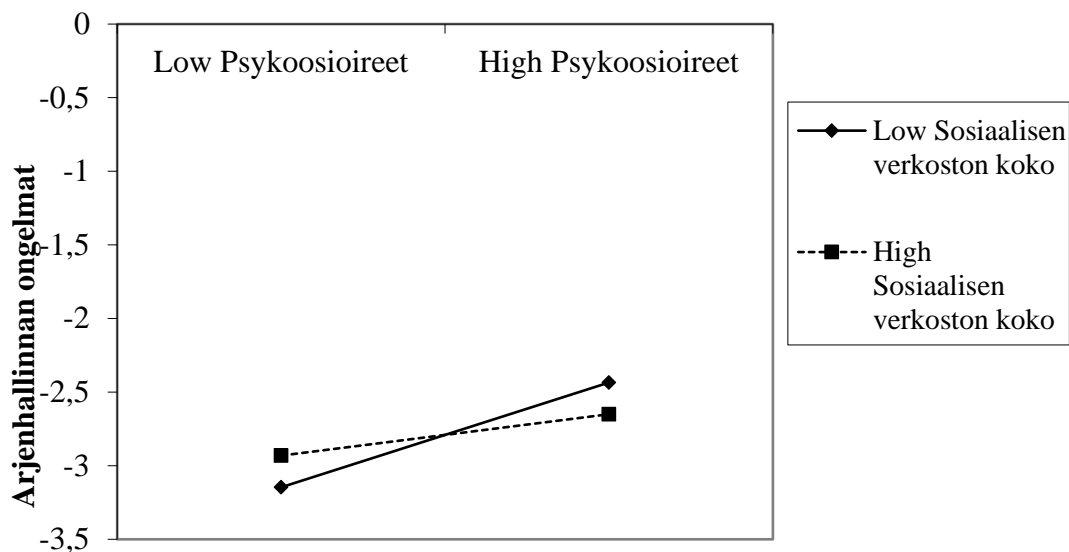
arjenhallinnan ongelmiin. Kuitenkin psykoottistyyppisten oireiden määrän ja sosiaalisen verkoston koon interaktio vähensi todennäköisyyttä arjenhallinnan ongelmiin. Kolmas malli oli malleista parhain, ja ennusti 89 %:sti oikein havaintojen kuulumista kahteen eri luokkaan, toisin sanoen sitä, oliko arjenhallinnan ongelmia vai ei.

Taulukko 5. Ongelmia arjenhallinnassa -ryhmään kuulumista ennustavat logistiset regressiomallit

	Malli 1			Malli 2			Malli 3		
	OR <sup>a</sup>	(95 % luott.väli)	p	OR <sup>a</sup>	(95 % luott.väli)	p	OR <sup>a</sup>	(95 % luott.väli)	p
Sukupuoli	1.23	(1.07;1.42)	.004	1.29	(1.12;1.50)	<.001	1.29	(1.12;1.49)	.001
Ikä	1.05	(1.05;1.06)	<.001	1.05	(1.05;1.06)	<.001	1.05	(1.05;1.06)	<.001
Psykoosioireet	1.26	(1.21;1.32)	<.001	1.25	(1.19;1.31)	<.001	1.19	(0.88;1.60)	.269
Koettu sosiaalinen tuki				0.91	(0.88;0.94)	<.001	0.91	(0.88;0.95)	<.001
Sosiaalisen verkoston koko				1.00	(0.99;1.01)	.769	1.00	(0.99;1.01)	.911
Psykoosioireet * Koettu sos tuki							1.00	(0.99;1.02)	.809
Psykoosioireet * Sos verkoston koko							0.99	(0.99;0.00)	.009
Nagelkerke R <sup>2</sup>	.105			.112			.114		
Omnibus $\chi^2$	458.39 (p < .001)			488.77 (p < .001)			496.21 (p < .001)		
Hosmer-Lemeshow $\chi^2$	5.13 (p = .744)			7.27 (p = .508)			9.61 (p = .294)		

a odds ratio, vedonlyöntisuhde

Sosiaalisen verkoston koon ja psykoottistyyppisten oireiden määrän yhdysvaikutus arjenhallinnan ongelmiin on kuvattuna kuvassa 10 jatkuvilla muuttujilla. Kuvasta nähdään, että arjenhallinnan ongelmat kasvoivat psykoottistyyppisten oireiden määrän kasvettua. Ne, joilla oli suurempi sosiaalinen verkosto ja vähän psykoottistyyppisiä oireita, omasivat kuitenkin enemmän arjenhallinnan ongelmia kuin he, joilla oli pienempi sosiaalinen verkosto. Sen sijaan, kun psykoottistyyppisten oireiden määrä kasvoi, asia kääntyikin päinvastoin, eli ne, joilla oli pienempi sosiaalisen verkoston koko, kokivat myös enemmän arjenhallinnan ongelmia.



Kuva 10. Sosiaalisen verkoston koon ja psykoottistyyppisten oireiden määrän yhdysvaikutus arjenhallinnan ongelmiin kuvattuna jatkuvilla muuttujilla.

## 4. DISKUSSIO

### 4.1. Koettu sosiaalinen tuki suojaa psykoottistyyppisten oireiden haitalliselta vaikutukselta paremmin kuin sosiaalisen verkoston koko

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, suojaako sosiaalinen tuki psykoottistyyppisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta väestössä. Koettu sosiaalinen tuki ennusti vähäisempää määrää arjenhallinnan ongelmia riskikertoimella 0.91, kun sukupuoli, ikä, psykoosioireet, sosiaalisen verkoston koko sekä näiden yhdysvaikutukset kontrolloitiin. Koetun sosiaalisen tuen merkitys suojaavana tekijänä on suurempi kuin sosiaalisen verkoston koon liittyen psykoottistyyppisten oireiden haitallisiin vaikutuksiin eli arjenhallinnan ongelmiin. Koska kyseessä ei kuitenkaan ollut pitkittäistutkimus, niin koetun sosiaalisen tuen ja sosiaalisen verkoston koon roolien ei voida varmuudella sanoa olevan suojaavia. Syy-seuraus -suhteet voivat olla myös toisinpäin, ja lisäksi myös muut ei-mitatut muuttujat saattavat vaikuttaa ilmiöön.

## 4.2. Tutkimuksen rajoitukset

Psykoosioireiden tutkiminen on vaikeaa, koska psykoosioireista kärsivä ihminen itse ei välttämättä huomaa kaikkia oireitaan (O'Brien ym., 2002), ja tällöin nämä oireet eivät myöskään tulleet tässä tutkimuksessa esille. Kaikki muuttujat mitattiin haastatellen, mutta itsearviona. Itsearvio saattoi tuottaa virhelähteitä, mikäli vastaajat ymmärsivät jotkut kysymykset väärin. Mikäli käytettävissä olisi ollut muistakin lähteistä olevaa dataa, olisi kokonaiskuva mahdollisesti luotettavampi. Vakavista psykoosioireista kärsivä henkilö saattaa olla niin huonokuntoinen, ettei hän kykene osallistumaan kyselyihin, ja tällöin myös nämä henkilöt puuttuivat otoksesta. Lisäksi otoksesta puuttuivat kodittomat sekä hoitolaitoksissa olleet henkilöt. Kokonaisuutena voidaan näistä edellä mainituista syistä johtuen todeta, että psykoosioireista väestötasolla tässä tutkimuksessa näyttäytyi todennäköisesti todellisuutta hieman vähäoireisempi kokonaiskuva huonovointisimpien puuttuessa otoksesta.

PSQ-mittari toimii hyvin kliinisessä populaatiossa (sensitiivisyys 0.97 ja spesifisyys 0.95), mutta ei-kliinisessä populaatiossa mittarin ongelmaksi saattaa muodostua psykoosin harvinaisuus koko väestössä (Jonas & Markon, 2013). Tämän tutkimuksen populaatio oli ei-kliininen, joten on mahdollista, että mittari ei kyennyt saamaan esille kaikkein heikoimpia merkkejä psykoottisuudesta. Lisäksi voi olla, että tässä tutkimuksessa olisi kannattanut jättää PSQ-mittarin hypomaniaa mittaava osio kokonaan pois summamuuttujasta, koska tämän osion psykoottisuutta indikoiva frekvenssi oli kaikista osioista suurin. Hypomania ei myöskään nykyteorioiden valossa kuulu psykoottisten oireiden ytimeen yhtä tiiviisti kuin esimerkiksi aistiharhat ja harhaluulot (Yung ym., 2009; Jonas & Markon, 2013). Jättämällä hypomania-osuus mittarista pois olisi kuitenkin rikottu jo toimivaksi todettua PSQ-mittaria vastaan ja, hypomaniankin on todettu olevan osa positiivisia psykoottisia oireita (Bebbington & Nayani, 1995). Näiden seikkojen vuoksi hypomania-oire pidettiin mukana mittarissa. Lisäksi tässä tutkimuksessa eri psykoosioireita käsiteltiin vakavuudeltaan samanarvoisina, vain laskien oireiden kokonaismäärä, vaikka tiedetäänkin, että eri psykoosioireet ovat erilaisia vakavuudeltaan (Yung ym., 2009). Eri oireiden erilaisen vakavuuden huomioonottaminen olisi laajentanut tutkimusta, ja siten myös käsitystä psykoottistyyppisten oireiden haitallisuudesta, ja voisi siksi olla hyödyllistä tulevissa tutkimuksissa.

### 4.3. Sosiaalinen tuki

#### 4.3.1. Sosiaalisen verkoston koko

Tässä tutkimuksessa 5,98 %:lla vastaajista sosiaalisen verkoston koko oli alle neljä. Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että psykoottisista sairauksista kärsivistä 20,00 %:lla sosiaalisen verkoston koko on alle neljä (O'Brien ym., 2002). Näyttäisi siis siltä, että sosiaalisen verkoston koko on väestössä suurempi kuin psykoottisista sairauksista kärsivillä, mutta tätä ei kuitenkaan testattu. Sosiaalisen verkoston koon kasvaessa, psykoottistyyppisten oireiden määrä väheni (hypoteesin 2 mukaisesti), mikä on linjassa myös aiemman tutkimustiedon kanssa (Brugha ym., 2005; Tempier ym., 2013). Yhteys on efektikooltaan kuitenkin pieni.

Sosiaalisen verkoston koon kasvaessa, myös koettu sosiaalinen tuki kasvoi (hypoteesin 1 mukaisesti). Tulos tukee nyt myös väestötasolla aiempaa näkemystä, koska myös psykoottisista sairauksista kärsivien kohdalla sosiaalisen verkoston koon kasvaessa koettu sosiaalinen tuki kasvaa niin ikään (O'Brien ym., 2002). Tuloksen efektikoko on pienen ja keskikokoisen välillä.

Tutkimuskirjallisuudessa on näytetty pienen sosiaalisen verkoston koon ja huonomman mielenterveyden välinen yhteys väestössä, kun koettu sosiaalinen tuki on kontrolloitu (Brugha ym., 2005). Myös tässä tutkimuksessa tuli esille sosiaalisen verkoston koon ja psykoottistyyppisten oireiden määrän välinen yhteys. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan löytynyt suoraa yhteyttä sosiaalisen verkoston koon ja arjenhallinnan ongelmien välillä väestössä (hypoteesin 3 mukaisesti). Tulos on linjassa tutkimuskirjallisuuden kanssa siltä osin, että sosiaalisen verkoston koko ei ole yhteydessä parempaan arjenhallintaan myöskään ikääntyneiden hoitolaitoksessa asuvien kohdalla (McLaughlin ym., 2012).

Sosiaalisen verkoston koon ja psykoottistyyppisten oireiden määrän välillä oli yhdysvaikutus (riskikerroin 0.99) arjenhallinnan ongelmiin nähden, kun sukupuoli, ikä ja koettu sosiaalinen tuki kontrolloitiin. Psykoottistyyppisten oireiden kasvaessa nollasta seuraavaan luokkaan (1-3 oiretta), arjenhallinnan ongelmat eivät lisääntyneet, mikäli sosiaalisen verkoston koko oli neljä tai enemmän. Tämän jälkeen psykoottistyyppisten oireiden määrän edelleen kasvaessa, arjenhallinnan ongelmat kyllä lisääntyivät myös suuremman sosiaalisen verkoston koon omaavilla, mutta ongelmien määrä jäi silti

alhaisemmaksi kuin heillä, joiden verkoston koko oli vain 0-3. Sama sosiaalisen verkoston koon suojaava vaikutus saatiin esille jatkuvalla psykoottistyyppisten oireiden määrä-muuttujalla (Kuva 10), siten, että suojaava vaikutus tuli esille psykoottistyyppisten oireiden kasvaessa riittävästi.

Sosiaalisen verkoston koko ei vielä kerro, minkä laatuista tukea henkilö saa sosiaalisesta verkostostaan, joten on mahdollista, ettei se siksi vaikuta suoraan myöskään arjenhallinnan toimivuuteen. Psykoottistyyppisten oireiden haitalliselta vaikutukselta sosiaalisen verkoston suurempi koko kuitenkin näyttäisi suojaavan, mutta epäselväksi jää, mistä tämä johtuu. Yksi mahdollinen selitys voisi olla se, että riittävä määrä ihmisiä ympärillä toimii ikään kuin puskurina ja auttaa henkilön huomaamatta siten, että arki sujuu ongelmitta, vaikka henkilö ei siis välttämättä kokisikaan saavansa sosiaalista tukea näiltä ihmisiltä.

#### **4.3.2. Koettu sosiaalinen tuki**

Koettu sosiaalinen tuki, toisin kuin sosiaalisen verkoston koko, huomioi sosiaalisen tuen laatuaspektin. Tässä väestöä koskeneessa tutkimuksessa vakavaa puutetta koetusta sosiaalisesta tuesta koki 8,45 %, keskimääräistä puutetta 21,70 % ja 69,85 % ei kokenut puutetta. Psykoottisista sairauksista kärsivistä 21,00 % kokee vakavaa puutetta sosiaalisesta tuesta, kun taas 25,00 % kokee keskimääräistä puutetta, ja loput 54,00 % ei koe puutetta sosiaalisesta tuesta (O'Brien ym., 2002). Näyttää siis siltä, että psykoottisista sairauksista kärsivät kokevat koetun sosiaalisen tukensa huonommaksi kuin koko väestö, mutta tätä ei kuitenkaan testattu.

Koetun sosiaalisen tuen kasvaessa, psykoottistyyppisten oireiden määrä väheni (hypoteesin 4 mukaisesti), mutta efektikoko on kuitenkin pieni. Väestön osalta asiaa ei ole aiemmin tutkittu. Aiempi tutkimuskirjallisuus antaa kuitenkin viitteitä osittain vastaavasta tuloksesta, koska korkea koettu sosiaalinen tuki on yhteydessä väestön terveyteen (Haber ym., 2007), skitsofreniaa sairastavilla parempaan elämänlaatuun (Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito & Lalucat-Jo, 2012), korkean psykoosiriskin omaavien parissa sekä vähäisempiin negatiivisiin oireisiin (Pruessner ym., 2011) että vähäisempiin psykoottistyyppisiin oireisiin (Shi ym., 2016) ja myös todennäköisempään toipumiseen ensipsykoosista (Tempier, Balbuena, Lepnurm & Craig, 2013). Lisäksi ongelmat sosiaalisessa toimivuudessa ovat riskitekijä ensipsykoosille (Velthorst ym., 2010; Cornblatt



ym., 2007). Olisi loogista, mikäli sosiaalinen toimivuus ja koettu sosiaalinen tuki olisivat yhteydessä toisiinsa, koska mikäli henkilöllä on ongelmia ylläpitää läheisiä ihmissuhteita, hänen on todennäköisesti myös vaikeampaa tällöin pitää lähelläään ihmisiä, joilta saisi sosiaalista tukea.

Koetun sosiaalisen tuen kasvaessa, arjenhallinnan ongelmien määrä väheni (hypoteesin 5 mukaisesti). Tämä vaikutus säilyi myös sukupuolen, iän, psykoottistyyppisten oireiden määrän ja sosiaalisen verkoston koon vaikutusten kontrolloinnin jälkeenkin, koetun sosiaalisen tuen riskikertoimen ollessa 0.91 suhteessa arjenhallinnan ongelmiin. Tulos on linjassa aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa, koska myös ikääntyneiden hoitolaitoksessa asuvien (McLaughlin ym., 2012) ja yhä kotona asuvien 70-74-vuotiaiden (Escobar-Bravo ym., 2012) kohdalla koetun sosiaalisen tuen kasvaessa arjenhallinnan ongelmien määrä vähenee. Näyttää siis siltä, että koetulla sosiaalisella tuella on suojaava vaikutus psykoottistyyppisten oireiden haitalliselta vaikutukselta suhteessa arjenhallinnan ongelmiin (tutkimusongelman 2 hypoteesin mukaisesti).

Koetun sosiaalisen tuen merkitys suojaavana tekijänä on siis suurempi kuin sosiaalisen verkoston koon merkitys, mutta molemmat vaikuttavat suojaavasti liittyen psykoosioireiden haitallisiin vaikutuksiin arjenhallinnan ongelmiin nähdessä. Tutkimusongelmaan 2 liittyen saatiin siis näin uutta lisätietoa. Koska aineisto ei kuitenkaan ollut pitkittäistutkimuksesta, koetun sosiaalisen tuen ja sosiaalisen verkoston koon roolien ei voida varmuudella sanoa olevan suojaavia. Joka tapauksessa, kuten Tornion avoimen dialogin hoitomallin hyvät tulokset psykoosiin sairastuneiden kohdalla osoittavat, koetulla sosiaalisella tuella näyttää olevan merkittävä rooli ihmisten hyvinvoinnissa.

#### **4.4. Arjenhallinnan ongelmat**

Väestöstä 11,02 %:lla oli 2-7 ongelmaa arjenhallinnassaan, keskiarvon ollessa 0,47 (asteikolla 0-7). Psykoosisairauksista kärsivistä 39,00 %:lla on 2-7 ongelmaa arjenhallinnassaan (O'Brien ym., 2002). Näyttäisi siis siltä, että psykoosisairauksista kärsivillä on enemmän ongelmia arjenhallinnassaan kuin väestöllä keskimäärin, mutta tätä ei kuitenkaan testattu.

Arjenhallinnan ongelmien ja psykoottistyyppisten oireiden välillä oli odotettu (mm. Nuevo ym., 2012) positiivinen yhteys, mutta efektikooltaan pieni. Naissukupuoli ja korkeampi ikä ennustivat suurempaa arjenhallinnan ongelmien määrää, iän efektikoon ollessa keskipitkoinen ja sukupuolen efektikoon ollessa pieni. Myös tämä tulos oli samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa (mm. Nuevo ym., 2012). Muistipotilaiden kohdalla on saatu samansuuntainen tulos kuin väestönkin osalta. Mitä useammin muistipotilas kokee positiivisia psykoottisia oireita sitä nopeammin hänen perusarjenhallintansa (ADL) heikkenee (Tran, Bédard, Dubois, Weaver, & Molloy, 2013). Psykoottistyyppiset oireet ennustivat arjenhallinnan ongelmien määrää myös sen jälkeen, kun sukupuoli, ikä, sosiaalisen verkoston koko ja koettu sosiaalinen tuki oli kontrolloitu riskikertoimen ollessa 1.25. Psykoottistyyppisten oireiden päävaikutus kuitenkin hävisi, kun malliin otettiin mukaan psykoottistyyppisten oireiden ja sosiaalisen verkoston koon sekä koetun sosiaalisen tuen yhdysvaikutukset.

Vaikka erilaisten psykoosisairauksien yhteys arjenhallinnan ongelmien lisääntymiseen onkin todettu (Helldin, Kane, Karilampi, Norlander, & Archer, 2007; Viertiö ym., 2012), yhteyttä psykoottistyyppisten oireiden määrään ei ole kuitenkaan löydetty kliinisissä populaatioissa (Viertiö ym., 2012; Moriarty, Jolley, Callanan & Garety, 2012). Näyttäisi siis siltä, että kliinisissä populaatioissa arjenhallinnan ongelmien osalta suoraa yhteyttä positiivisten psykoottisten oireiden määrään ei ole, mutta ei-kliinisissä tai muistipotilaiden populaatioissa päinvastoin näyttäisi olevan heikko yhteys. Voisiko yhtenä selityksenä tähän olla se, että psykoottisten häiriöiden kohdalla erilaisia häiritseviä oireita on enemmän kuin pelkkiä psykoottistyyppisiä oireita kokevilla? Tällöin vakavammat ongelmat, kuten esimerkiksi negatiiviset oireet saattavat joillekin olla, nousisivat merkittävämmiksi selittäjiksi arjenhallinnan ongelmille.

#### **4.5. Tulosten merkittävyys ja tulevaisuuden tutkimus**

Tulokset ovat hyvin yleistettävissä myös muihin ei-kliinisiin populaatioihin otannan laadukkuuden ja suuren otoskoon vuoksi. Psykoottistyyppisten oireiden riskitekijät liittyvät äidin raskaudenaikaiseen terveyteen, aivojen anatomiaan ja kognitiiviseen kehittymiseen, sekä altistumiseen stressaaville elämäntapahtumille (Linscott & van Os, 2012; Johns ym., 2004; Kelleher & Cannon, 2011). Eriyisten laukaisevien tekijöiden rooli on epäselvä. Stressillä saattaa kuitenkin olla vaikutusta psykoottistyyppisten oireiden määrään

(Pruessner ym., 2011; Alvarez-Jimenez ym., 2012). Lisäksi affektiivisten oireiden yhteys psykoottistyyppisiin oireisiin (Marwaha, Broome, Bebbington, Kuipers & Freeman, 2014) voisi mahdollisesti kertoa näiden yhteisestä etiologisesta taustasta. On myös mahdollista, että nämä molemmat oireryhmät saattavat ylläpitää toinen toistaan; esimerkiksi ahdistunut ihminen saattaa helpommin tulkita ympäristöään erilaisten uhkakuvien kautta, ja tätä myöten myös vainoharhaisuuden tunteet voivat lisääntyä. Myös päihteillä näyttää olevan sekä laukaiseva rooli, että ylläpitävä rooli psykoottistyyppisten oireiden kokemiseen (Linscott & van Os, 2012; Johns ym., 2004; Kelleher & Cannon, 2011).

Tämän tutkimuksen vuoksi tiedetään nyt väestön osalta, että psykoottistyyppiset oireet lisäävät riskiä arjenhallinnan ongelmiin. Lisäksi aiemmista tutkimuksista tiedetään, että psykoottistyyppiset oireet lisäävät riskiä sairastua psykoosisairauksiin (Kelleher & Cannon, 2011; van Os ym., 2009; Fonseca-Pedrero ym., 2011; Lee ym., 2016) ja yleisen toimintakyvyn heikkouteen (Yung ym., 2009). Siksi on tärkeää tutkia, millä keinoilla psykoottistyyppisten oireiden haitallisia vaikutuksia voidaan vähentää. Tässä tutkimuksessa tuli esille sosiaalisen tuen suojaava vaikutus psykoottistyyppisten oireiden haitallisuuteen liittyen. Sosiaalisen verkoston on havaittu vaikuttavan myös potilaiden mielialaan, ja siksi hoidossa olisikin tärkeää varmistaa potilaan läheisten mahdollisimman varhainen mukanaolo (Sibitz ym., 2011). Samaa korostetaan avoimen dialogin hoitomallissa. Näin myös jo lieviä psykoottistyyppisiä oireita kokevien kohdalla tulisi kartoittaa heidän sosiaalisen tukensa tila, koska sillä on vaikutusta potilaan hyvinvointiin jatkossa. Mikäli psykoottistyyppiset oireet ovat häiritseviä, niiden hoitamisessa toimii kognitiivinen terapia, jossa keskitytään kokemusten normalisointiin, tulkintojen joustavuuteen ja stressin vähentämiseen (Lindgren, Therman & Granö, 2016). Tässä tutkimuksessa stressiä ei tutkittu, mutta jatkotutkimuksissa stressin vaikutus olisi hyvä huomioida. Voi olla, että stressittömyys suojaisi enemmän kuin koettu sosiaalinen tuki psykoottistyyppisten oireiden haitallisilta vaikutuksilta. Toisaalta taas on mahdollista, että sosiaalinen tuki edesauttaa stressittömyyttä, ja sitä kautta myös tuo suojaavan vaikutuksen psykoottistyyppisiin oireisiin liittyen. Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää myös saada lisätietoa eri psykoottistyyppisten oireiden vakavuudesta ja seurauksista, sekä siitä, suojaako sosiaalinen tuki haitallisilta vaikutuksilta eri tavoin eri psykoottistyyppisten oireiden kohdalla.

## LÄHTEET

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3, 179-191.
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P. & Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis: Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125, 257-266.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... & Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139 (1-3), 116-128.
- Bebbington, P. & Nayani, T. (1995). The psychosis screening questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 11-19.
- Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G. & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220-226.
- Brugha, T. S., Sturt, E., MacCarthy, B., Potter, J., Wykes, T. & Bebbington, P.E. (1987). The Interview Measure of Social Relationships: the description and evaluation of a survey instrument for assessing personal social resources. *Social Psychiatry*, 22, 123-128.
- Brugha, T. S., Weich, S., Singleton, N., Lewis, G., Bebbington, P. E., Jenkins, R. & Meltzer, H. (2005). Primary group size, social support, gender and future mental health status in a prospective study of people living in private households throughout Great Britain. *Psychological Medicine*, 35, 705-714.
- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Bearden, C. E. & Cannon, T. D. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (3), 688-702.

- Cox, B. D., Blaxter, M., Buckle, A. L. J., Fenner, N. P., Golding, J. F., Gore, M. & Wichelow, M. (1987). The Health and Lifestyle Survey. *Health Promotion Research Trust*.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W. & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (1), 48-70.
- Escobar-Bravo, M-Á., Puga-González, D. & Martín-Baranera, M. (2012). Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 109-116.
- Freeman, D., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., Stahl, D. & Bebbington, P. (2010). Persecutory ideation and insomnia: Findings from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1021-1026.
- Freeman, D., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., & Bebbington, P. (2011). Concomitants of paranoia in the general population. *Psychological Medicine*, 41, 923-936.
- Freeman, D., Pugh, K., Antley, A., Slater, M., Bebbington, P. & Garety, P. (2008). Virtual reality study of paranoid thinking in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 258-263.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L. & McGuire, P. (2012). Predicting Psychosis. Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69 (3), 220-229.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F. & Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *Archives of General Psychiatry*, 70, 107-120.
- Gaebel, W. & Riesbeck, M. (2014). Are there clinically useful predictors and early warning signs for pending relapse? *Schizophrenia Research*, 152, 469-477.
- González-pinto, A., Ruiz, S., Azúa, D., Ibáñez, B., Otero-Cuesta, S., Ugarte, A., ... & Arango, C. (2011). Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Research*, 186, 28-33.

- Granö, N., Kallionpää, S., Karjalainen, M., Roine, M., Ranta, K., & Heinimaa, M. (2016). Discrepancy between self-reported and interviewed psychosis risk symptoms: Auditory distortions are the most reliably reported symptom by self-report. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 129-136.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133-144.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44, 181-191.
- Helldin, L., Kane, J. M., Karilampi, U., Norlander, T., & Archer, T. (2007). Remission in prognosis of functional outcome : A new dimension in the treatment of patients with psychotic disorders, *Schizophrenia Research*, 93, 160-168.
- Heron, J., McGuinness, M., Blackmore, E. R., Craddock, N. & Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 348-353.
- Johns, L. C., Cannon, M., Singleton, N., Murray, R. M., Farrell, M., Brugha, T. & Meltzer, H. (2004). Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *British Journal of Psychiatry*, 185, 298-305.
- Johns, L. C. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21 (8), 1125-1141.
- Jonas, K. G. & Markon, K. E. (2013). A model of psychosis and its relationship with impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (9), 1367-1375.
- Kela.fi (2017). <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gafarvointi.pdf>.
- Kelleher, I. & Cannon, M. (2011). Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychological Medicine*, 41 (1), 1-6.
- Kessler, R. C. & Ustun, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13 (2), 93-121.

- Koponen, H. & Vataja, R. (2015). Käytösoireiden hoito. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim, 45-487.
- Lee, K. W., Chan, K. W., Chang, W. C., Lee, E. H. M., Hui, C. L. M., & Chen, E. Y. H. (2016). A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences. *Early Intervention in Psychiatry*, 10 (1), 3-16.
- Lindgren, M., Therman, S. & Granö, N. (2016). Nuorten psykoottistyyppisten oireiden kliininen merkitys. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132 (6), 515-521.
- Linscott, R. & van Os, J. (2012). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, August, 1-17.
- Marwaha, S., Broome, M. R., Bebbington, P. E., Kuipers, E. & Freeman, D. (2014). Mood Instability and Psychosis: Analyses of British National Survey Data. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (2), 269-277.
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J. & Lalucat-Jo, L. (2012). Validation of the modified Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (10), 1675-1685.
- Mattsson, M., Topor, A., Cullberg, J. & Forsell, Y. (2008). Association between financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (12), 947-952.
- McLaughlin, D., Leung, J., Pachana, N., Flicker, L., Hankey, G. & Dobson, A. (2012). Social support and subsequent disability: it is not the size of your network that counts. *Age and ageing*, 41 (5), 674-677.
- Mielenterveystalo.fi (n.d.). *Psykoosiopas*.  
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Jablensky, A., Mackinnon, A., McGrath, J. J., Carr, V., ... & Saw, S. (2012). People living with psychotic illness in 2010: The second Australian

- national survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46 (8), 735-752.
- Moriarty, A., Jolley, S., Callanan, M. M. & Garety, P. (2012). Understanding reduced activity in psychosis: the roles of stigma and illness appraisals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (10), 1685-1693.
- Mueller, B., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach, *Social Science & Medicine*, 62, 39-49.
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C. & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The Continuum of Psychotic Symptoms in the General Population: A Cross-national Study. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (3), 475-485.
- O'Brien, M., Singleton, N., Sparks, J., Meltzer, H. & Brugha, T. (2002). Adults with a psychotic disorder living in private households, 2000. *Office for National Statistics*.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action, *Social Science & Medicine*, 57, 13-24.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S. & Partonen, T. (2007). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19-28.
- Pita-erna, S., Milla, C., Tubío, J., Gonza, I., Maseda, A., Lorenzo, T., & Ferna, T. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306-310.
- Pruessner, M., Iyer, S. N., Faridi, K., Joobar, R., & Malla, A. K. (2011). Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 129 (1), 29-35.



- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192-204.
- Shi, J., Wang, L., Yao, Y., Chen, F., Su, N., Zhao, X. & Zhan, C. (2016). Protective factors in Chinese university students at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry Research*, 239, 239-244.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., & Benesch, T. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26 (1), 28-33.
- Tempier, R., Balbuena, L., Lepnurm, M. & Craig, T. K. (2013). Perceived emotional support in remission: results from an 18-month follow-up of patients with early episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (12), 1897-1904.
- Tran, M., Bédard, M., Dubois, S., Weaver, B., & Molloy, D. W. (2013). The influences of psychotic symptoms on the activities of daily living of individuals with Alzheimer disease: a longitudinal analysis. *Aging & Mental Health*, 17 (6), 738-747.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., & Viechtbauer, W. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), 661-671.
- Velthorst, E., Nieman, D. H., Linszen, D., Becker, H., de Haan, L., Dingemans, P. M., ... & Schultze-Lutter, F. (2010). Disability in people clinically at high risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 197 (4), 278-284.
- Viertö, S., Tuulio-Henriksson, A., Perälä, J., Saarni, S. I., Koskinen, S., Sihvonen, M.,... & Suvisaari, J. (2012). Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. *European Psychiatry*, 27 (6), 409-415.
- Wigman, J. T. W., Van Nierop, M., Vollebergh, W. A. M., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and

severity - Implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (2), 247-257.

Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G. & Cosgrave, E. M.

(2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 118-128.

Yung, A. R., Stanford, C., Cosgrave, E., Killackey, E., Phillips, L., Nelson, B. & McGorry, P. D. (2006). Testing the ultra high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research*, 84 (1), 57-66.